



**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação e Psicologia

Nuno Alexandre Costa Moreira

**Factores de Risco associados à Ideação Suicida  
Durante a Prisão Preventiva: Estudo Exploratório**

**Tese de Mestrado em Psicologia**  
Área de Conhecimento em Psicologia da Justiça

Trabalho realizado sob a orientação do  
**Professor Doutor Rui Abrunhosa Gonçalves**

Janeiro 2009

# DECLARAÇÃO

**Nome:** Nuno Alexandre Costa Moreira

**Endereço electrónico:** nuno.acm@sapo.pt

**Telefone:** 933406706

**Número do Bilhete de Identidade:** 10400626

**Título dissertação:**

Factores de Risco Associados à Ideação Suicida Durante a Prisão Preventiva: Estudo Exploratório

**Orientador:** Professor Doutor Rui Abrunhosa Gonçalves

**Ano de conclusão:** 2009

**Área de Conhecimento do Mestrado**

Psicologia, Área de Conhecimento em Psicologia da Justiça

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO,  
MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha esposa e filhos. Sem o seu apoio e compreensão pelo tempo aplicado à investigação suicidária teria sido difícil concluir com sucesso esta dissertação.

Fico agradecido ao Doutor Rui Abrunhosa. O seu vasto conhecimento sobre o meio prisional facilitou a compilação deste estudo.

A Doutora Sofia Canário foi de uma delicadeza extraordinária. Dentro das suas possibilidades, disponibilizou todos os meios necessários à colecta de dados.

O Doutor Armando foi um conselheiro excepcional. A ele, um muito obrigado.

Gostaria de expressar a minha gratidão a todos os reclusos que anuíram participar neste estudo. Apesar de se debaterem com inúmeros problemas de vida, sempre demonstraram disponibilidade para responder a perguntas, que inúmeras vezes lhes causaram sofrimento.

Agradeço a todos os colegas de trabalho que me auxiliaram na conclusão desta dissertação.

Agradeço à psicóloga Sónia Lopes que, na retaguarda, me auxiliou na redacção desta obra.

## RESUMO

As taxas de comportamentos suicidários nas prisões portuguesas são extraordinariamente elevadas comparativamente às observadas entre a população geral, não se conhecendo estudos empíricos que se tenham debruçado sobre os factores de risco associados a este fenómeno. O presente estudo tenta colmatar essa lacuna, abrindo caminho a futuras investigações sobre comportamentos suicidários em meio prisional.

A ideação suicida pode ser considerada o primeiro marcador de risco suicida. Quando persistente, evolui frequentemente para comportamentos suicidários com final fatal. As teorizações sobre comportamentos suicidários mais recentes subdividem os factores de risco suicida mediante a dicotomia stress-vulnerabilidade. Como tal, esta investigação tem o intuito de procurar por diferenças significativas nos factores de risco suicida relativos às vulnerabilidades dos reclusos e ao stress prisional em dois grupos de reclusos preventivos, reclusos em risco suicida e reclusos que não se encontram em risco.

Para o efeito desenvolveu-se um estudo exploratório que decorreu em dois períodos da execução da prisão preventiva, durante a primeira semana de reclusão (1ª fase) e após seis meses de cumprimento da pena (2ª fase). Na 1ª fase avaliaram-se 100 reclusos através do Questionário de Ideação Suicida (QIS), o que permitiu formar dois grupos, reclusos em risco suicida e reclusos sem risco suicida. Nesta fase da investigação tentou-se analisar se o grupo em risco suicida difere significativamente quanto à perturbação emocional avaliada pelo Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e às características sociodemográficas, criminais, história de autolesão, abuso ou dependência de substâncias e história de tratamento psiquiátrico. Da amostra inicial, apenas 66 reclusos participaram na 2ª fase da investigação. Nesta fase procurou-se verificar que aspectos da vida em meio prisional e que fases da execução da pena podem exacerbar significativamente a ideação suicida. Para tal, avaliou-se novamente a ideação suicida (QIS), a perturbação emocional (BSI), o abuso ou dependência de substâncias na prisão, os incidentes de autolesão ocorridas na prisão e os episódios de isolamento disciplinar. O Inventário de Stress em Meio Prisional (ISMP), permitiu ainda avaliar e correlacionar o risco suicida com o grau de stress prisional contingente ao processo judicial, sobrelotação, isolamento disciplinar e vitimização.

Os resultados deste estudo demonstraram que a população reclusa preventiva constitui um grupo social de elevado risco suicida. Entre os dois grupos em análise, o grupo de reclusos em risco suicida demonstrou ser o mais vulnerável, apresentando percentagens significativamente superiores ao nível: (1) dos incidentes de autolesão no período pré-reclusão e durante a execução da pena; (2) do abuso ou dependência de substância, especialmente de heroína e cocaína no período pré-reclusão; e (3) da sintomatologia psicopatológica, principalmente depressiva, ansiosa e psicótica. Entre os stressores malignos inerentes ao contexto prisional que se correlacionam com risco suicida é possível encontrar: (1) a fase inicial da execução da pena; (2) o isolamento disciplinar; (3) a sobrelotação; (4) o processo judicial; e (5) a vitimização.

## ABSTRACT

Rates of suicidal behaviours in Portuguese prisons are extraordinary high compared to the ones observed in the general population. There are no empirical studies that have studied the risk factors associated with this phenomenon. This study tries to crack this breach, leading the way to future inquiries about suicidal behaviours in prison context.

Suicidal ideation may be considered a primary marker of suicidal risk. When persistent, usually leads to suicidal behaviours with lethal ending. The latest theories of suicidal behaviours subdivide the suicidal risk factors in the dichotomy stress-vulnerability. Thus, the purpose of this investigation is to look for significant differences in the suicide risk factors relative to the convict's vulnerabilities and to the prison stress in two remand groups, at suicidal risk and who do not meet at risk.

For that reason, an exploratory study was developed, in two time points of remand custody, during the first week (1st stage) and six months of fulfilment of the penalty (2nd stage). In the 1st stage 100 inmates were evaluated through the Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ), allowing to form two convict groups, suicidal risk ones and without suicidal risk. In this investigation stage, an attempt was made to analyse if the suicidal risk group differs significantly in terms of emotional disturbance, evaluated by the Brief Symptom Inventory (BSI), social-demographics and criminal characteristics, suicidal behaviour history (self-injury, parasuicide, self-harm, suicide attempt), abuse or substances dependence history and history of psychiatric treatment. From the initial sample, only 66 inmates have participated in the 2nd stage of the inquiry. In this stage an attempt was made to verify what life aspects in the prison context and what stages of the penalty can significantly increase the suicidal ideation. In order to do that, suicidal ideation, emotional disturbance (BSI), substance abuse or dependence in prison context, history of suicidal behaviour, and episodes of solitary confinement were again evaluated. The Prison Stress Inventory Context, also allowed to evaluate and correlate the suicidal risk with degree of prison stress related to the law process, overcrowded, solitary confinement and victimization.

Results of this study have established that remand prison population corresponds to a social group of high suicidal risk behaviour. Between the two groups analysed, the group of convicts in suicidal risk demonstrated to be the most vulnerable, presenting significantly high percentages in regard to: (1) history of suicidal behaviour in the pre-reclusion period and during the consummation of the penalty; (2) substance dependence or abuse, particularly heroin and cocaine in the pre-reclusion period (3) psychopathology symptoms, mainly depressive, anxious and psychotic. Among the malignant stressors adjoining prison context that correlate with suicidal risk are possible to find: (1) the punishment first stage; (2) solitary confinement; (3) overcrowding; (4) law process; and (5) victimization.

## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO I	
DEFINIÇÃO DE COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS.....	5
1.1 Dilemas conceptuais.....	6
1.2 Definição de comportamentos suicidários .....	8
CAPÍTULO II	
MODELOS TEÓRICOS.....	10
2.1 Modelos traço-estado para comportamentos suicidários .....	12
2.2 Teoria dos Modos suicidas.....	15
2.3 Modelo do evitamento experiencial .....	18
2.4 Modelo diátese-stress para comportamentos suicidários nas prisões .....	21
Conclusões.....	24
CAPÍTULO III	
FACTORES DE RISCO.....	26
3.1 Vulnerabilidade e comportamentos suicidários na prisão .....	30
3.1.1 Características sociodemográficas.....	30
3.1.2 Características criminais.....	31
3.1.3 História de autolesão .....	31
3.1.4 Perturbação psiquiátrica .....	32
3.1.5 Abuso ou dependência de substâncias.....	33
3.2 Stress e comportamentos suicidários na prisão .....	36
3.2.1 A entrada na prisão.....	36
3.2.2 O processo judicial.....	37
3.2.3 Sobrelotação .....	38

---

3.2.4 Isolamento disciplinar .....	39
3.2.5 Vitimização .....	40
Conclusões .....	43
CAPÍTULO IV	
OBJECTIVOS, HIPÓTESES E METODOLOGIA .....	45
4.1 Definição dos objectivos.....	46
4.2 Hipóteses .....	48
4.3 Participantes .....	48
4.4 Instrumentos.....	49
4.5 Procedimentos .....	51
CAPÍTULO V	
RESULTADOS.....	53
5.1 Apresentação descritiva dos resultados.....	54
5.1.1 Características sociodemográficas.....	54
5.1.1.1 Idade .....	54
5.1.1.2 Escolaridade .....	55
5.1.1.3 Estado civil.....	56
5.1.1.4 Profissão.....	56
5.1.2 Características criminais.....	57
5.1.2.1 Tipo de crime .....	57
5.1.2.2 Número de detenções .....	58
5.1.3 Abuso ou dependência de substâncias.....	59
5.1.4 História de autolesão .....	60
5.1.5 História de tratamento psiquiátrico .....	61
5.1.6 Sintomatologia psicopatológica .....	62
5.1.7 Ideação suicida .....	65

---

5.1.8 Stress prisional.....	68
5.2 Análise Inferencial.....	71
5.2.1 Vulnerabilidade vs. Risco suicida.....	71
5.2.1.1 Idade vs. Risco suicida.....	71
5.2.1.2 Estado civil vs. Risco suicida.....	72
5.2.1.3 Tipo de crime vs. Risco suicida.....	73
5.2.1.4 Número de detenções vs. Risco suicida.....	73
5.2.1.5 Abuso ou dependência de substâncias vs. Risco suicida.....	74
5.2.1.6 História de autolesão vs. Risco suicida.....	76
5.2.1.7 Tratamento psiquiátrico vs. Ideação suicida.....	78
5.2.2 Stress prisional vs. Risco suicida.....	79
5.2.2.1 Sintomatologia psicopatológica vs. Risco suicida.....	79
5.2.2.2 Stressores vs. Risco suicida.....	82
5.3 Síntese dos Resultados.....	88
CAPÍTULO VI	
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	93
6.1. Vulnerabilidade e risco suicida.....	94
6.1.1 Características sociodemográficas.....	94
6.1.2 Características criminais.....	94
6.1.3 História de autolesão.....	95
6.1.4 Perturbação psiquiátrica.....	96
6.1.5 Abuso ou dependência de substâncias.....	98
6.2 Stress e risco suicida.....	99
6.2.1 Entrada na prisão.....	99
6.2.2 O processo judicial.....	101
6.2.3 Sobrelotação.....	101



6.2.4 Isolamento disciplinar .....	102
6.2.5 Vitimização .....	103
CAPÍTULO VII	
CONCLUSÕES .....	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
ANEXOS .....	120

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Modelo diátese-stress para comportamentos suicidários (Adaptado de Mann, 2003).....	12
Figura 2 Modelo diátese-stress para comportamentos suicidários (Adaptado de Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999) .....	13
Figura 3 Componente interactiva traço-estado do modelo do processamento (Adaptado de Van Heeringen, 2001, <i>cit. in</i> Van Heeringen, 2003).....	14
Figura 4 Modo suicida (Adaptado de Rudd, 2000) .....	17
Figura 5 Modelo de evitamento experiencial do para-suicídio (Adaptado de Chapman, Gratz, & Brown, 2006) .....	19
Figura 6 Modelo diátese-stress dos comportamentos suicidários na prisão (Adaptado de Moreira, 2008) .....	22

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Nomenclatura de comportamentos autolesivos com e sem intenção suicida (Adaptado de Moreira, 2008).....	8
Tabela 2 Idade média ou classes etárias de maior risco suicida nas prisões .....	30
Tabela 3 Hipóteses.....	48
Tabela 4 Idade dos reclusos recém admitidos e após seis meses de cumprimento da pena .....	54
Tabela 5 Nível de escolaridade dos reclusos recém admitidos e após seis meses de cumprimento da pena .....	55
Tabela 6 Estado civil dos reclusos recém admitidos e após seis meses de cumprimento da pena .....	56
Tabela 7 Tipo de crime dos reclusos recém admitidos e após seis meses de cumprimento da pena.....	57
Tabela 8 Número de detenções dos reclusos recém admitidos e após seis meses de cumprimento da pena .....	58
Tabela 9 História de autolesão no período pré-reclusão e após seis meses de cumprimento da pena ....	60
Tabela 10 Relação entre história de autolesão no período pré-reclusão e história de autolesão durante os primeiros seis meses de cumprimento da pena.....	61
Tabela 11 Incidência de comportamentos autolesivos ao longo dos primeiros seis meses de cumprimento da pena.....	61
Tabela 12 História de tratamento psiquiátrico no período pré-reclusão .....	62
Tabela 13 Avaliação dos sintomas psicopatológicos durante a primeira semana de reclusão (1ª fase) e após seis meses de cumprimento da pena (2ª fase), por referência à população geral e clínica.....	64
Tabela 14 Sintomatologia psicopatológica comumente experienciada pelos reclusos durante a primeira semana de reclusão .....	64
Tabela 15 Sintomatologia psicopatológica comumente experienciada pelos reclusos após seis meses de cumprimento da pena.....	65
Tabela 16 Média e desvio padrão dos <i>scores</i> do QIS durante a primeira semana de reclusão e após seis meses de cumprimento da pena, por referência à população geral adulta .....	67

Tabela 17 Itens do QIS mais relevantemente experienciados pelos reclusos em risco suicida durante a primeira semana de reclusão e após seis meses de cumprimento da pena.....	67
Tabela 18 Stress experienciado pela globalidade da amostra após seis meses de cumprimento da pena	68
Tabela 19 Stress experienciado pelos reclusos em risco suicida após seis meses de cumprimento da pena .....	69
Tabela 20 Stress experienciado pelos reclusos que cumpriram medidas disciplinares durante os primeiros seis meses de cumprimento da pena .....	69
Tabela 21 Stress experienciado pelos reclusos que abusam ou dependem de substâncias durante os primeiros seis meses de cumprimento da pena.....	69
Tabela 22 Relação entre risco suicida e classe etária durante a primeira semana de reclusão.....	72
Tabela 23 Relação entre risco suicida durante a primeira semana de reclusão e abuso ou dependência de substâncias no período pré-detenção .....	75
Tabela 24 Relação entre risco suicida e história de comportamentos autolesivos na prisão.....	77
Tabela 25 Correlação de <i>Rho</i> de <i>Spearman</i> entre os <i>scores</i> do QIS, Dimensões de Psicopatologia e Índices Globais do BSI durante a primeira semana de reclusão e após seis meses de cumprimento da pena .....	80
Tabela 26 Relação entre risco suicida e perturbação emocional durante a primeira semana de reclusão	80
Tabela 27 Relação entre risco suicida e perturbação emocional após seis meses de cumprimento da pena .....	81
Tabela 28 Correlação <i>R</i> de <i>Pearson</i> entre os itens do BSI e do QIS .....	81
Tabela 29 Correlação (biserial) entre ideação suicida e stress prisional e relação de dependência ( <i>Fisher</i> ) entre risco suicida e stress prisional .....	82
Tabela 30 Relação entre risco suicida e stress contingente ao convívio com reclusos violentos .....	83
Tabela 31 Relação entre risco suicida e stress contingente ao facto de coabitarem demasiados reclusos na prisão.....	84
Tabela 32 Relação entre risco suicida e stress contingente ao facto da falta de pessoas com quem falar	85
Tabela 33 Relação entre risco suicida e isolamento disciplinar durante o cumprimento da pena .....	87

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Uniformidade da distribuição amostral entre classes etárias da primeira e segunda fase da investigação.....	55
Gráfico 2 Uniformidade da distribuição amostral do tipo de crime entre a primeira e segunda fase da investigação.....	58
Gráfico 3 Abuso ou dependência de substâncias no período pré-reclusão e após seis meses de cumprimento da pena.....	59
Gráfico 4 Tipos de substâncias consumidas no período pré-reclusão e durante os seis meses de cumprimento da pena.....	60
Gráfico 5 Avaliação da perturbação emocional durante a primeira semana de reclusão e após seis meses de cumprimento da pena.....	63
Gráfico 6 Avaliação do risco suicida durante a primeira semana de reclusão e após seis meses de cumprimento da pena.....	66
Gráfico 7 Relação entre risco suicida durante a primeira semana de reclusão e história de autolesão no período pré-reclusão .....	77
Gráfico 8 Relação entre risco suicida e história de comportamentos autolesivos na prisão.....	78
Gráfico 9 Relação entre risco suicida e stress contingente à falta de privacidade.....	84
Gráfico 10 Relação entre risco suicida e stress contingente à culpa pelo crime cometido .....	86

## INTRODUÇÃO

---

## Introdução

O *comportamento suicidário* abrange todo e qualquer acto através do qual um indivíduo causa uma lesão a si próprio, independentemente do grau de intenção letal e conhecimento do verdadeiro motivo desse acto. Para-suicídio, tentativa de suicídio e suicídio consumado são formas distintas de comportamentos autolesivos com e sem intenção suicida com letalidade, motivações e funções distintas (Moreira, 2008). A ideação suicida, parece ser o primeiro marcador de risco suicida à efectivação destes comportamentos (Raynolds, 1991).

Embora ao longo dos últimos 20 anos tenham surgido de forma periódica alguns trabalhos sobre comportamentos suicidários nas prisões portuguesas (Duque & Neves, 2004; Gonçalves & Vieira, 1989; Moreira, 1998; Pinho, Gonçalves, & Mota, 1997), mais recentemente aprofundados teoricamente pelo livro *sofrimento desespero e comportamentos suicidários na prisão* (Moreira, 2008), a investigação empírica referente a factores de risco, hipoteticamente associados a comportamentos suicidários na prisão, é praticamente inexistente.

Paradoxalmente, as taxas de comportamentos suicidários (i.e., taxa de suicídio, tentativa de suicídio e para-suicídio) são várias vezes mais elevadas nas prisões comparativamente à população geral (Daniel & Fleming, 2006; Haycock, 1986; Joukamaa, 1997; Kerkhof & Bernasco, 1990; Shaw, Baker, Hunt, Moloney, Appleby, 2004) e as prisões portuguesas provavelmente não fogem à regra. Os únicos dados disponíveis em Portugal referem-se ao suicídio consumado. Uma análise das taxas de suicídio consumado por 100.000 habitantes entre prisões e população geral entre 1999 e 2004 revelou taxas médias de suicídio de 124.7% nas prisões comparativamente a 8.8% na população geral. Como tal, a razão entre suicídio consumado dentro e fora da prisão apresenta-se extremamente disforme e, em média, por cada suicídio ocorrido na população geral entre 1999 e 2004, ocorreram catorze nas prisões portuguesas (Moreira, 2008), fenómeno que acompanha a realidade internacional, onde, tal como em Portugal, se notam enormes discrepâncias entre os suicídios (Daniel & Fleming, 2006; Joukamaa, 1997; Haycock, 1986; Kerkhof & Bernasco, 1990; Shaw *et al.*, 2004) ocorridos nas prisões e população geral.

A quase inexistência de estudos e as taxas elevadas de comportamentos suicidários na prisão levou-nos a considerar pertinente uma dissertação relacionada com esta temática. Porém, o estudo do espectro suicidário, seja nas prisões ou noutro qualquer contexto, constitui um amplo campo de investigação. Por onde começar então? Decidiu-se realizar um levantamento dos factores de risco inerentes aos comportamentos suicidários na prisão, o que permitirá a adequação de protocolos preventivos e planos terapêuticos adequados à população reclusa em estudo, possibilitando reduzir de forma dramática estes comportamentos em meio prisional.

Inúmeros factores de risco têm sido associados ao fenómeno suicidário nas prisões e alguns estudos têm tentado “fazer a ponte” entre factores de risco e taxas elevadas de comportamentos suicidários. Uma das formas mais abrangentes que nos permitem interpretar as autolesões ocorridas nas prisões será a identificação das

predisposições ou vulnerabilidades individuais que facilitam o acto suicida, bem como dos factores de stress associados.

Em Portugal, foi proposto o modelo *diátese-stress* para comportamentos suicidários na prisão. De acordo com este modelo, os reclusos que se suicidam ou que enveredam por outros comportamentos suicidários em meio prisional transportam consigo para o contexto prisional determinadas vulnerabilidades que os tornam pouco “equipados” para responder de forma adequada e adaptativa às contingências da perda da liberdade e vida em reclusão. Esta constatação vai ao encontro das teorias da importação, que consideram as elevadas taxas de comportamentos suicidários observadas em meio prisional estritamente relacionada com o facto destas instituições albergarem indivíduos com vulnerabilidade acrescida para comportamentos autolesivos, indivíduos com história de autolesão, que abusam ou dependem de substâncias ou com perturbação psiquiátrica. O modelo apoia também os dados das teorias da privação, uma vez que determinadas especificidades inerentes ao contexto prisional (i.e., vida normativa, sobrelotação, isolamento disciplinar, vitimização, etc.) acabam por causar extremo sofrimento e stress, sendo responsáveis por comportamentos suicidários entre reclusos (Moreira, 2008).

Como tal, a presente dissertação, denominada *Factores de risco associados à ideação suicida durante a prisão preventiva: Estudo exploratório*, tem como objectivo geral aumentar o conhecimento empírico sobre o fenómeno suicidário nas prisões portuguesas e como objectivo específico, analisar, em meio prisional português, os factores de vulnerabilidade para comportamentos suicidários referentes à diátese, bem como os intimamente associados ao stress prisional.

No que se refere ao stress, foram avaliados os factores de risco relacionados com a entrada na prisão, processo judicial, sobrelotação, isolamento disciplinar e vitimização. Já no que diz respeito aos factores de vulnerabilidade, a sua diversidade social, cultural, psicológica, nosológica, biológica, etc., obrigou à selecção dos aspectos de vulnerabilidade a investigar. Como tal, seleccionou-se para este estudo os factores de vulnerabilidade facilmente tangíveis, como as características sociodemográficas e criminais dos reclusos, história de autolesão, história de tratamento psiquiátrico e abuso ou dependência de substâncias.

Inúmeras questões surgem associadas ao estudo do risco suicida: As características sociodemográficas ou criminais permitem traçar o perfil do recluso em risco suicida? O abuso ou dependência de substâncias aumenta a probabilidade de comportamentos suicidários na prisão? A história de autolesão ou perturbação psiquiátrica permitem antever risco suicida entre reclusos? Quais os stressores prisionais mais facilmente associados ao risco suicida? Destas questões, definiu-se objectivamente o problema da nossa investigação da seguinte forma:

*Existem diferenças significativas nos factores de vulnerabilidades e de stress prisional dos reclusos em risco suicida comparativamente aos reclusos que não se encontram em risco?*



Para se responder a esta pergunta desenvolveu-se um estudo correlacional que decorreu em duas fases distintas da execução da pena, durante a primeira semana de reclusão (1ª fase) e após seis meses de cumprimento da pena (2ª fase). Na primeira fase da investigação analisou-se a possível associação entre risco suicida e factores de vulnerabilidade sociodemográficos (idade, escolaridade, estado civil), criminais (tipo de crime, reincidência), história de autolesão, abuso ou dependência de substâncias, perturbação psiquiátrica. Na segunda fase da investigação, além de se procurarem por diferenças entre as variáveis supramencionadas relativamente às verificadas na primeira fase, analisaram-se os stressores prisionais que mais se associam com o risco suicida.

Para a realização dos objectivos supramencionados, esta dissertação dedicou, num primeiro momento, espaço a uma revisão teórica que começou por delinear conceptualmente os comportamentos suicidários, evitando possíveis equívocos quanto a noção de para-suicídio e tentativa de suicídio. De seguida, foram descritos alguns dos modelos teóricos mais actuais que se apoiam na noção de stress-vulnerabilidade. Por fim, caracterizaram-se os factores de risco relacionados com vulnerabilidade acrescida para comportamentos suicidários na prisão, bem como as fontes de stress intrínsecas ao contexto prisional que podem aumentar a probabilidade de ocorrência de um comportamento suicidário.

Num segundo momento, concebeu-se um plano direccionado ao levantamento empírico propriamente dito, descrevendo-se o contributo pessoal na formulação dos objectivos, hipóteses e metodologia desde a definição dos objectivos, formulação das hipóteses, escolha da amostra e instrumentos até os procedimentos adoptados. Por fim, procedeu-se à análise estatística que nos permitiu uma discussão dos resultados e uma conclusão sobre os mesmos.

## CAPÍTULO I

### DEFINIÇÃO DE COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS

---

## 1.1 Dilemas conceptuais

Na actualidade, a suicidologia encontra-se arrolada no caos terminológico. Tentativa de suicídio, automutilação, autolesão deliberada, autodano deliberado, gestos suicidas, suicídio abortivo, pseudo-suicídio, suicídio simulado, para-suicídio, entre outros, são termos que têm vindo a ser alternadamente empregues na conceptualização de dimensões suicidárias idênticas, embora, por vezes, constituam diferentes fenómenos suicidas (Hayes, 1995). A título de exemplo, Nuno Gil e Carlos Braz Saraiva (2006) referem que na literatura anglo-saxónica os termos *attempted suicide* (tentativa de suicídio), *parasuicide* (para-suicídio) e *deliberate self-harm* (autodano deliberado) são regularmente utilizados para conceptualizar o mesmo constructo, tendo como referência a confluência dos conceitos *deliberate self-poisoning* (intoxicação voluntária) e *deliberate self-injury* (autolesão deliberada).

Apesar do conhecimento geral entre suicidólogos de que diferentes profissionais preferem termos distintos para se referirem ao mesmo tipo de comportamento autolesivo, não tem existido o cuidado suficiente por parte de alguns investigadores em definir o constructo referente ao acto autolesivo que tentam operacionalizar. Deste modo, tornou-se extremamente difícil confiar nos estudos de investigação apresentados à comunidade científica. Alguns autores consideram tentativa de suicídio a autolesão provocada pela queimadura de isqueiro ou mesmo pelo corte superficial do pulso que não necessita de atenção médica, não tendo em conta a intencionalidade e letalidade do acto. Outros autores confiam cegamente na avaliação da intencionalidade, letalidade e motivação do acto, não concebendo o comportamento autolesivo com final fatal não intencional como morte accidental por mal-cálculo da letalidade empregue no acto. Outros autores não dão a devida importância à ambivalência, constructo que torna extremamente difícil distinguir tentativa de suicídio de para-suicídio. Outros não levam em conta as funções desempenhadas pelos comportamentos autolesivos não-fatais, a maior parte deles pouco relacionados com intencionalidade suicida. Alguns, transladam cegamente estudos elaborados em contexto escolar para contexto clínico e prisional ou vice-versa. Outros não levam em linha de conta que dados provenientes de diferentes fontes não são coincidentes, ou seja, os dados provenientes do observador são distintos dos provenientes de escalas, questionários, entrevistas, juízo clínico, etc.

Desmistificando um pouco os obstáculos referentes à obtenção de consenso terminológico a nível suicidológico (para aprofundar a temática consultar Gil e Saraiva, 2006; Moreira, 2008; e O'Carroll e colaboradores, 1996) podemos referir que: O *comportamento autolesivo* engloba todo e qualquer acto através do qual um indivíduo causa uma lesão em si mesmo, independentemente do grau de intenção letal e conhecimento do verdadeiro motivo desse acto. Este termo conglomerada todas as definições empregues nos comportamentos autolesivos com e sem intenção suicida como manipulação, para suicídio, tentativa de suicídio e suicídio (Moreira, 2008).

O *suicídio* pode ser conceptualizado como um acto autolesivo, premeditadamente organizado pelo indivíduo com intenção de colocar termo à sua vida. Quando o indivíduo não morre por via desse acto surge a categoria de *suicídio frustrado*, ou seja, *tentativa de suicídio* (Camilleri *et al.*, 1999). Assim sendo, a avaliação do grau de intenção suicida permitiria, em princípio, a discriminação dos indivíduos que se encontram em risco suicida. Infelizmente, nem todos os indivíduos que morrem através de um acto autolesivo tinham intenção de o fazer (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002). Por exemplo, Dear, Thomson e Hills (2001) verificaram que indivíduos que utilizam o acto autolesivo com fins manipulativos podem demonstrar algum grau de intenção suicida, tornando-se desta forma, difícil correlacionar a intenção suicida com o tipo de comportamento autolesivo utilizado.

Saraiva (1999) considera a intenção suicida um dos conceitos mais complexos da suicidologia, muito por força da ambivalência, fenómeno que pode gerar no indivíduo sentimentos ambíguos quanto ao desejo de morrer e viver. Segundo o autor, um indivíduo que num momento se tentou suicidar e não o conseguiu (i.e., suicídio frustrado) pode, nos momentos seguintes experimentar sentimentos de alegria por ter sobrevivido.

A intencionalidade suicida tem sido associada à letalidade do acto. Para Saraiva (1999) só se pode falar de suicídio frustrado quando tal gesto decorre de um comportamento tido como altamente improvável de sobrevivência, como, por exemplo, tiro na cabeça, enforcamento em local ermo ou precipitação de grande altura. Hawton e Catalan (1987) consideram que os cortes superficiais do pulso ou do antebraço correspondem a baixa ou inexistente intenção suicida, enquanto as flebotomias e cortes de tendões resultantes de tiro com arma de fogo, enforcamento, precipitação, atropelamento, corte da garganta ou pescoço, correspondem a elevada intenção suicida.

Contudo, constatou-se que os indivíduos que utilizam métodos pouco letais como o corte superficial da pele, também apresentam algum grau de intencionalidade suicida (Dear *et al.*, 2001). Como tal, determinada linhagem de investigação recusa-se subdividir as tentativas de suicídio em grupos menores, conceptualizando apenas dois grupos de indivíduos, os que se suicidam e os que se tentam suicidar, agrupando, num único termo (i.e., tentativa de suicídio), uma grande variedade de *síndromas* psicológicas e reacções sociais (Stengel, 1964).

Como exemplo, encontramos o termo para-suicídio, que engloba tanto as autolesões com intenção suicida como as autolesões sem intenção suicida (Kreitman, 1977). A Organização Mundial de Saúde usa a seguinte definição de *para-suicídio*: acto de consequências não-fatais, no qual o indivíduo inicia deliberadamente um comportamento que lhe causará dano; ou ingere uma substância em excesso face à prescrita ou geralmente reconhecida como farmacologicamente activa e que é dirigido à obtenção de mudanças através das consequências físicas reais ou esperadas pelo próprio (Gil & Saraiva, 2006; Schmidtke, Bille-Brahe, DeLeo, & Kerkhof, 2004). Todavia, esta nova definição não faz referência à intenção suicida. Gil e Saraiva (2006) consideram-na mesmo uma conceptualização de autolesão demasiado preocupada com a descrição do para-suicida como um indivíduo manipulador.

## 1.2 Definição de comportamentos suicidários

Arrolada no caos terminológico, à suicidologia e ao suicidólogo nada mais resta que, na produção científica, especifique exactamente a que tipo de constructo se refere quando utiliza determinado termo ou nomenclatura (O'Carroll *et al.*, 1996). Foi exactamente o que se fez nesta tese, onde se adoptou uma nomenclatura (Tabela 1) baseada na intencionalidade suicida (Moreira, 2008, pp. 33-39). As definições adoptadas foram as seguintes:

**Tabela 1 Nomenclatura de comportamentos autolesivos com e sem intenção suicida (Adaptado de Moreira, 2008)**

- 
- |   |
|---|
| <p><b>A. Comportamentos Manipulativos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ameaça Suicida</li> <li>2. Comportamento Manipulativo               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sem autolesões</li> <li>b. Com autolesões sem intenção suicida</li> <li>c. Com final fatal (morte acidental por autolesão sem intenção suicida)</li> </ol> </li> </ol> <p><b>B. Intenção Indeterminada de Morrer por Suicídio</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Com/Sem autolesões (autolesão indeterminada/ambivalente)</li> <li>b. Com autolesões fatais (morte auto-infligida com intenção indeterminada/ambivalente)</li> </ol> <p><b>C. Comportamentos e Pensamentos Suicidários</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ideação Suicida               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sem intenção suicida (transitória ou persistente)</li> <li>b. Com pelo menos alguma intenção suicida (transitória ou persistente)</li> </ol> </li> <li>2. Comportamentos Suicidários               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Para-suicídio                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação Relacionada com o Suicídio (sem intenção suicida)                       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sem autolesões</li> <li>2. Com lesões sem intenção suicida</li> <li>3. Com final fatal (morte acidental por autolesão sem intenção suicida)</li> </ol> </li> </ul> </li> <li>b. Actos Suicidas                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação Relacionada com o Suicídio (com pelo menos alguma intenção suicida) (plano suicida)                       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sem autolesões (<b>Tentativas de Suicídio</b>)</li> <li>2. Com autolesões (<b>Tentativa de Suicídio</b>)</li> <li>3. Com final fatal (<b>Suicídio</b>)</li> </ol> </li> </ul> </li> </ol> </li> </ol> |
|---|
- 

**Comunicação relacionada com o suicídio:** Qualquer acção interpessoal, verbal ou não-verbal, que termine um pouco antes de um acto autolesivo e que uma pessoa racional interprete como uma comunicação ou sugira que possa ocorrer um acto suicida (pelo menos alguma intenção suicida) ou qualquer outro comportamento suicidário no futuro (zero intenção suicida).

**Ameaça suicida:** Qualquer acção interpessoal, verbal ou não-verbal, que termine um pouco antes de um acto autolesivo e que uma pessoa racional interprete como uma ameaça ou que sugira que possa ocorrer um acto suicida ou qualquer outro comportamento suicidário no futuro, em que exista evidência (implícita ou explícita) que: (a) a pessoa não tinha intenção de se matar (zero intenção de morrer); e (b) a pessoa pretende usar a ameaça como aparência de se poder vir matar no intuito de alcançar outros fins (e.g., controlar ou modificar o meio, obtenção de

benefícios, contestação, receber tratamento especial, punir os outros, chamar à atenção, entre outros).

**Para-suicídio:** Comportamento autolesivo, para o qual existe evidência (implícita ou explícita) que a pessoa não tinha intenção de se matar (zero intenção de morrer) nem pretende usar a autolesão como aparente tentativa de se matar.

**Comportamento Manipulativo:** Comportamento potencialmente autolesivo, para o qual existe evidência (implícita ou explícita) que: (a) a pessoa não tinha intenção de se matar (zero intenção de morrer); e (b) a pessoa pretende usar a aparente intenção de se matar no intuito de alcançar outros fins (e.g., controlar ou modificar o meio, obter benefícios, contestar algo, receber tratamento especial, punir os outros, chamar à atenção, etc.).

**Comportamento Autolesivo Indeterminado/Ambivalente:** Comportamento potencialmente autolesivo com intenção suicida desconhecida. Se as autolesões forem fatais, será denominado de morte autoinfligida com intenção indeterminada.

**Comportamento Suicidário:** Comportamento com o intuito de produzir uma autolesão, para qual existe evidência (implícita ou explícita) que: (a) no acto suicida a pessoa tem algum nível de intenção (não igual a zero) de se matar; ou (b) no para-suicídio a pessoa não se pretende matar nem pretende usar a autolesão como aparente tentativa de se matar. Os comportamentos suicidários incluem os actos suicidas e os para-suicídios.

**Comportamentos Autolesivos:** Este termo engloba todos os comportamentos autolesivos, tais como comportamentos autolesivos sem intenção suicida (manipulação e para-suicídio), comportamentos autolesivos ambivalentes/indeterminados e comportamentos autolesivos com intenção suicida (tentativa de suicídio e suicídio).

## CAPÍTULO II

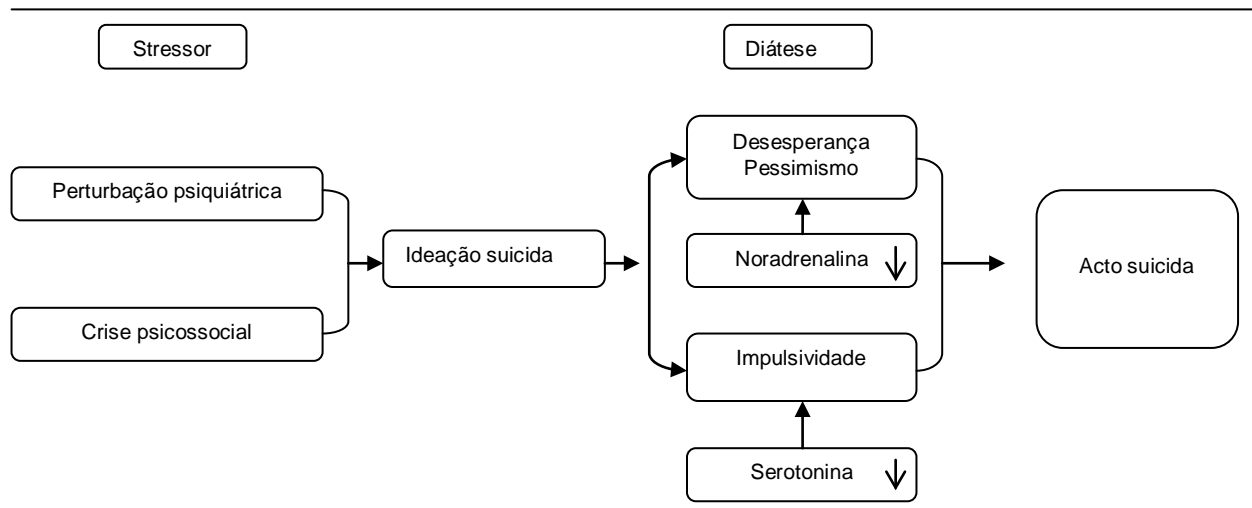
### MODELOS TEÓRICOS

---

## 2.1 Modelos traço-estado para comportamentos suicidários

Apesar da maior parte dos comportamentos suicidários ocorrerem no decurso de perturbações psiquiátricas, nem todos os indivíduos com depressão, psicose ou outros quadros psiquiátricos enveredam por comportamentos suicidários (Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999; Mann, 2003). A constatação de que os comportamentos suicidários não constituem uma resposta lógica ao stress proveniente da doença psicopatológica, fez crer que o risco suicida se encontra dependente de outros factores de risco, o que levou à formulação do modelo diátese-stress (Figura 1) para comportamentos suicidários (Mann, 1998). Na literatura médica *diátese* “é uma constituição do corpo que o faz reagir de determinada forma a estímulos extrínsecos, tornando a pessoa mais susceptível que o normal a determinadas doenças” (Mann, 2003, p. 208).

**Figura 1 Modelo diátese-stress para comportamentos suicidários (Adaptado de Mann, 2003)**



De acordo com este modelo, indivíduos que apresentem determinadas características genéticas, hereditárias, desenvolvimentais e sóciofamiliares encontram-se mais predispostos (diátese) a enveredarem por comportamentos autolesivos. Entre os elementos da diátese em indivíduos com perturbação psiquiátrica, Mann e colaboradores (1999) encontraram elevada agressividade e impulsividade, desesperança e pessimismo, perturbação borderline da personalidade, o facto do indivíduo ser fumador, ter tido no passado perturbações relacionadas com substâncias, incluindo álcool, ter história familiar de comportamentos suicidários, lesão cerebral e ter sido abusado sexualmente em criança. Sher, Oquando e Mann (2001) encontraram a história familiar de suicídio, baixos níveis de líquido céfalo-raquidiano, abuso de álcool e outras substâncias, perturbações da personalidade do grupo B, elevada impulsividade e agressividade no passado, doença física crónica, particularmente envolvendo o cérebro, isolamento

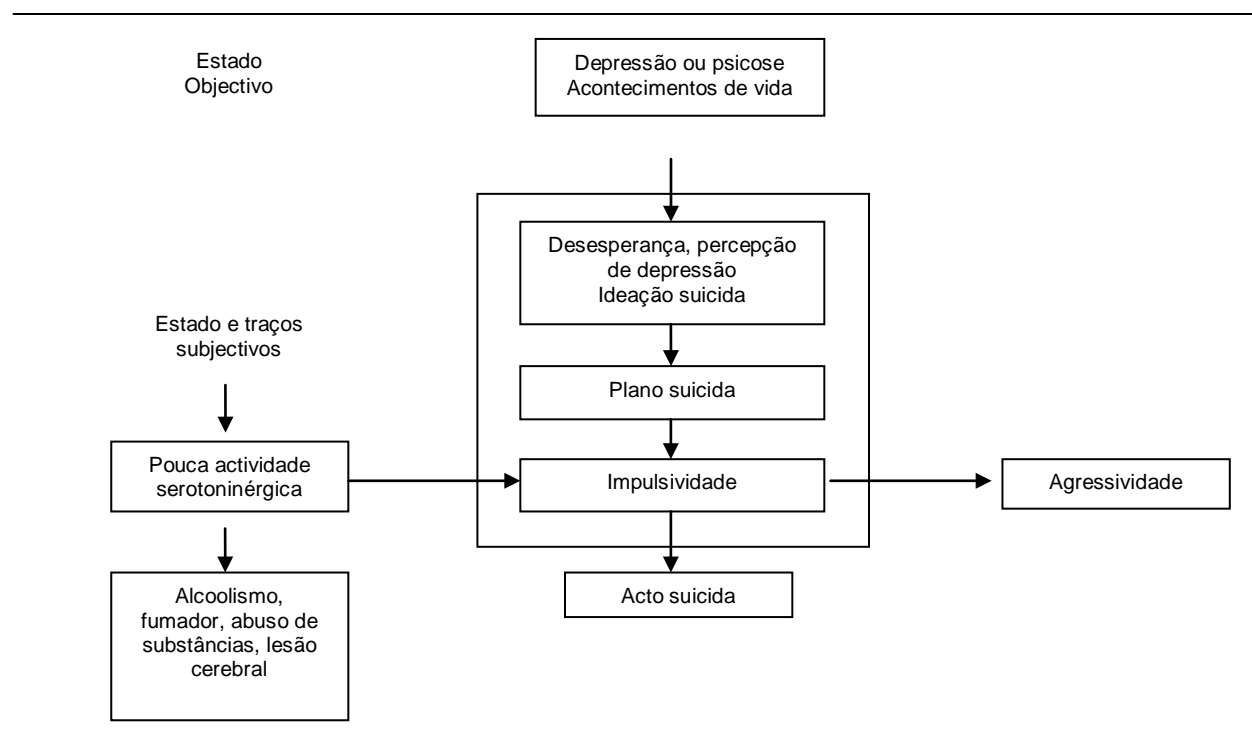


marital, perda parental anterior aos 11 anos de idade, antecedentes de abuso físico ou sexual em criança e desesperança.

Entre os stressores típicos inerentes ao modelo diátese-stress é possível encontrar-se frequentemente o exacerbar da perturbação psiquiátrica, mas, normalmente, acaba por ser um determinado stressor psicossocial agudo que precipita o comportamento suicidário (Mann *et al.*, 1999).

Como é possível observar na Figura 2, os indivíduos com perturbações psiquiátricas apenas se encontram em maior risco suicida e será o impacto dos factores inerentes à diátese que ditarão a observância do comportamento suicidário (Mann, 2003). Além disso, aferiu-se que a severidade objectiva da perturbação, ou seja, o número de sintomas revelados pelo paciente para determinada perturbação, têm pouca probabilidade de predizer um futuro comportamento suicidário, o que dá ênfase à importância da diátese ou predisposição traço-dependente relativamente à severidade da perturbação na predição de comportamentos suicidários. Equivale dizer, que a severidade objectiva da perturbação psiquiátrica não permite distinguir pacientes que tentam o suicídio de pacientes que não enveredam por tal conduta (Mann *et al.*, 1999; Sher *et al.*, 2001), em vez disso, será o impacto da doença ou dos acontecimentos de vida experienciados (e.g., problemas financeiros, profissionais e conflitos e perdas interpessoais) que variam amplamente de indivíduo para indivíduo e se correlacionam com o comportamento suicidário (Sher *et al.*, 2001).

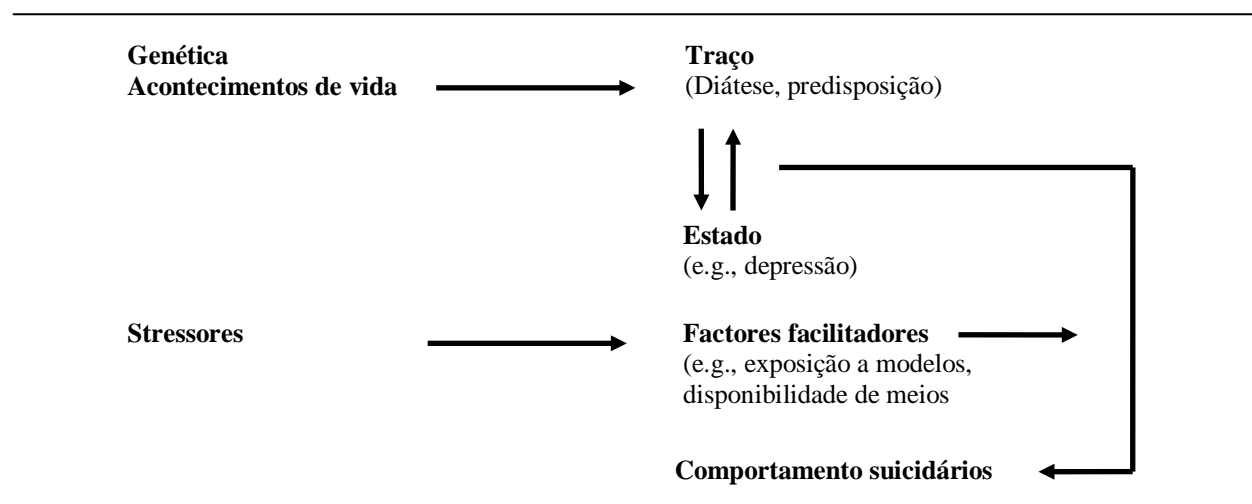
**Figura 2 Modelo diátese-stress para comportamentos suicidários (Adaptado de Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999)**



De forma idêntica, Van Heeringen (2003), considera que os comportamentos suicidários ocorrem mediante a interação traço-estado, categorizando três níveis de factores de risco: factores traço-dependentes, factores estado-dependentes e factores precipitantes (Figura 3). O autor reconhece que a patofisiologia dos comportamentos suicidários se encontra dependente de três sistemas neurobiológicos, a hiperactividade do eixo hipotálamo hipófise supra-renais, actividade excessiva do sistema noradrenérgico e disfunção do sistema serotoninérgico. Os dois primeiros parecem relacionar-se com resposta a eventos stressantes, enquanto a disfunção do sistema serotoninérgico parece encontrar-se dependente dos traços de personalidade e associada a perturbações da ansiedade, impulsividade e agressividade.

Baseado na sobreposição entre abordagens neurobiológicas e cognitivas Van Heringen (2003) propõe o modelo psicobiológico dos comportamentos suicidários e recorre ao estudo de Williams e Pollock no domínio cognitivo que demonstram que a predisposição traço-dependente para os comportamentos suicidários se encontra dependente de três características: A percepção de derrota (i.e., tendência para que o indivíduo se percepcione como falhado quando confrontado com determinados stressores psicológicos); a percepção de incapacidade de fuga (i.e., associada a memórias autobiográficas deficitárias e défice nos mecanismos de coping); e percepção de impotência (i.e., tendência para desenvolver sentimentos de desesperança) (Williams & Pollock, 2001, *cit. in* Van Heeringen, 2003).

**Figura 3 Componente interactiva traço-estado do modelo do processamento (Adaptado de Van Heeringen, 2001, *cit. in* Van Heeringen, 2003).**



## 2.2 Teoria dos Modos suicidas

A teoria dos modos suicidas de Rudd (2000) é uma teoria cognitivo-comportamental dos comportamentos suicidários baseada na teoria dos modos – expansão da noção de processamento esquemático simples de Beck (1996). Em vez do simples processamento cognitivos, o *sistema de modos* de Beck sugere que o processamento esquemático cognitivo faz parte de um conjunto de esquemas, uma rede integrada de suborganizações dos componentes básicos da personalidade: cognitivos, afectivos, motivacionais e comportamentais, que se desenvolveram a partir da experiência pessoal como resposta automática a situações específicas percebidas pelo indivíduo como ameaçadoras. Os traços mal adaptativos que podem activar um modo suicida ou facilitador encontram-se dependentes dos acontecimentos de vida. Como tal, os modos suicidas encontram-se dependentes das interacções traço-estado. Dependendo do tipo de stressor, o indivíduo activará um modo suicida (e.g., tentativa de suicídio) ou modo facilitador (e.g., para-suicídio).

O comportamento do indivíduo que incorre alternada e recorrentemente em episódios de tentativa de suicídio e para-suicídio pode ser explicado pela alternância de activação ao longo do tempo entre modos suicidas e modos facilitadores. O tipo de modo activado encontra-se dependente das situações inerentes ao contexto em que o indivíduo se insere (i.e., “gatilhos externos”: stressores, situações, circunstâncias, pessoas), proporcionando um papel conceptual preponderante para os stressores no processo suicida e vulnerabilidades predisposicionais (i.e., traços de personalidade mal adaptativos), dependentes da história individual (i.e., “gatilhos internos”: pensamentos, imagens, emoções e sensações físicas) (Rudd, 2000).

A vulnerabilidade encontra-se relacionada com a história individual da pessoa, traumas desenvolvimentais, abuso ou negligência, modelação parental mal adaptativa e psicopatologia da personalidade. Os modos facilitadores aumentam por isso o potencial de ocorrência de um episódio suicida no futuro. Por exemplo, a característica passivo-agressivo pode aumentar a vulnerabilidade individual para conflitos interpessoais recorrentes que poderão deflagrar num episódio suicida (Rudd, 2000).

Os pressupostos do modelo cognitivo-comportamental para comportamentos e pensamentos suicidários propostos por Rudd são os seguintes (Rudd, 2000, *cit. in* Moreira, 2008, pp. 81-82):

1. A cognição é o caminho central para que o indivíduo enverede por comportamentos e pensamentos suicidários. Estes comportamentos e pensamentos são secundários a construções de significado individual mal adaptativo referente à própria pessoa, ao meio e ao futuro (triade cognitiva), conjuntamente com assunções ou regras condicionais e estratégias compensatórias, referidas como sistema de crenças suicidas.
2. A relação entre o sistema de crenças suicidas (*triade* cognitiva referente ao modo suicida) e outros sistemas psicológicos (comportamental, atencional e memória) e fisiológicos é interactiva e interdependente.

3. O sistema de crenças suicidas pode variar de indivíduo para indivíduo, dependendo do conteúdo e contexto dos vários sistemas psicológicos (em especial o conteúdo cognitivo). No entanto, existirá alguma uniformidade entre indivíduos em alguns aspectos, tais como sentimentos de impotência, desespero, pouca tolerância à angústia, sentimentos de que não se é querido, encontrando-se afectados por um sentido penetrante de desesperança.
4. Os indivíduos são predispostos para a suicidalidade em função das suas vulnerabilidades cognitivas, ou seja, construções cognitivas defeituosas, que variam de acordo com o tipo de síndrome e padrões de comorbidade com o Eixo I e II do DSM.
5. Os comportamentos e pensamentos suicidários e o sistema de crenças suicidas podem ser encontrados em três níveis distintos: o nível pré-consciente ou automático, o nível consciente e o metacognitivo (inconsciente). O conteúdo estrutural do sistema de crenças suicidas encontra-se no modo suicida em todos os 3 níveis.

Para Rudd (2000), os pensamentos e comportamentos suicidários são activados por um modo disfuncional, o *modo suicida*, que é composto pelo sistema cognitivo, afectivo, motivacional e comportamental (Figura 4).

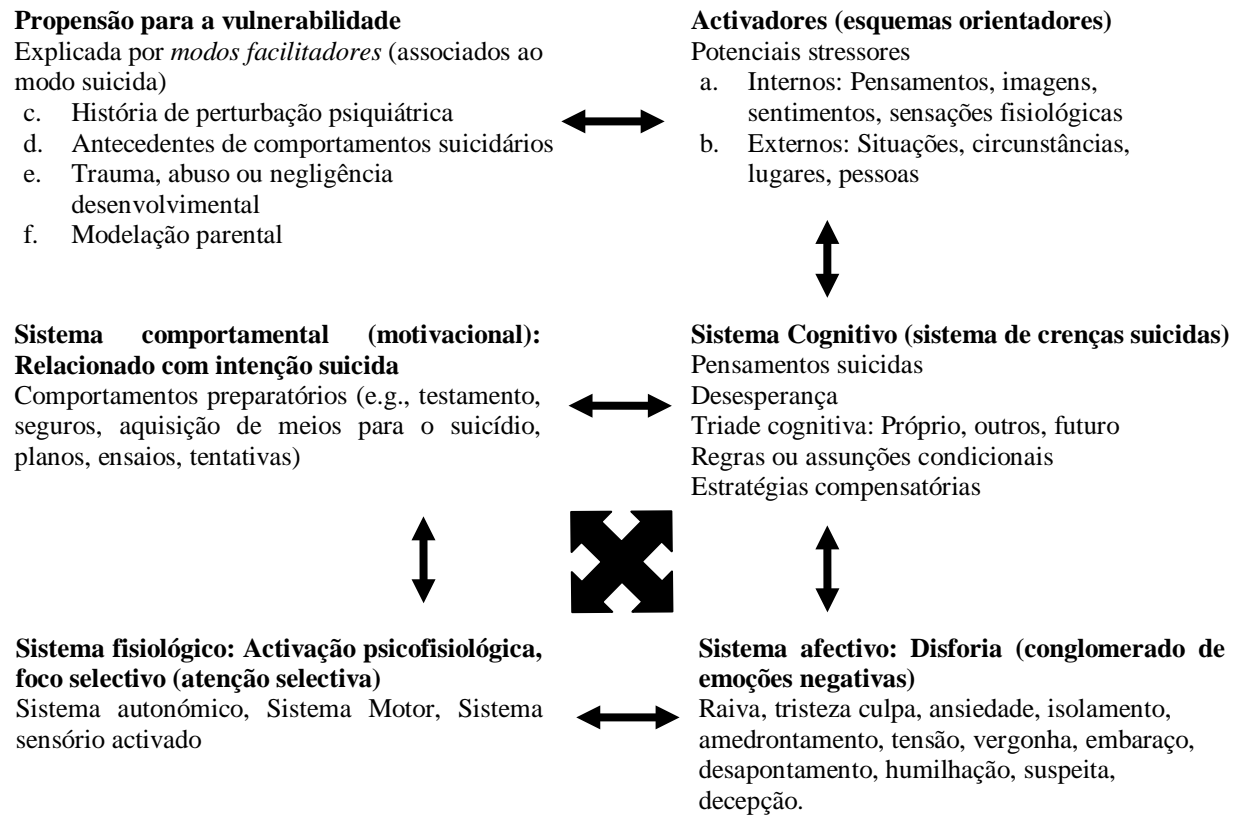
O *sistema cognitivo* incorpora o sistema de crenças suicidas que é responsável pela construção e internalização de significações mal adaptativas referentes ao próprio, aos outros e ao futuro. O sistema de crenças suicidas é ainda responsável pela interiorização de regras condicionais e utilização excessiva de estratégias compensatórias excessivas (e.g., sobrecompensação, perfeccionismo e subjugação em relacionamentos interpessoais). O sistema de crenças suicidas é composto por elevado grau de desesperança, a grande responsável pela activação do modo suicida (Rudd, 2000).

O *sistema afectivo* é caracterizado por sofrimento emocional, que se expressa através de emoções negativas como a tristeza, ansiedade, raiva, culpa, vergonha, humilhação, etc. (Rudd, 2000).

O *sistema comportamental ou motivacional* é responsável pelo impulso comportamental para actos suicidas, indicativo de clara intenção suicida. O sistema comportamental motivacional difere entre actos suicidas com intenção suicida, isto é, tentativa de suicídio e suicídio, comportamentos de risco (e.g., uso de drogas ilícitas), auto-mutilatórios (e.g., cortes, queimaduras, piercings) e os diferentes modos activados para cada um destes comportamentos (Rudd, 2000).

Durante o período de activação do modo suicida, o *sistema fisiológico* é excitado, activando de forma automática os sistemas sensoriais e motores (Rudd, 2000).

Figura 4 Modo suicida (Adaptado de Rudd, 2000)



A teoria dos modos apresenta como vantagem a diferenciação entre modos suicidas (i.e., actos que denotam intenção suicida) e modos facilitadores. Quando o modo suicida é activado, o comportamento do indivíduo é motivado e caracterizado por actos que denotam verdadeira intenção suicida. Quando os *modos facilitadores* são activados a intenção suicida é facilmente questionável pela inconsistência motivacional e comportamental do indivíduo. Por exemplo, nos comportamentos de automutilação, a motivação inclui a vingança, punição de pessoas significativas ou regulação emocional através da libertação de tensão. Todavia, os modos facilitadores aumentam a probabilidade de activação do modo suicida, o que faz com que indivíduos que enveredem por comportamentos de risco, para-suicídios e manipulações tenham maior probabilidade de cometer o suicídio no decurso de suas vidas, uma vez que, a reactivação do modo suicida nestes indivíduos se encontra mais facilitada do que em indivíduos que nunca enveredaram por qualquer comportamento autolesivo (Rudd, 2000).

Para os que apresentam cronicidade ao nível da ideação suicida e tentativas de suicídio, o modo suicida é caracterizado por duas situações distintas. Primeiro, a activação do modo suicida por parte destes indivíduos é menor (i.e., mais facilitada), sejam as activações desencadeadas interna ou externamente. Segundo, são susceptíveis de serem activados por um leque mais amplo de estímulos (Rudd, 2000).

### ***2.3 Modelo do evitamento experiencial***

O para-suicídio constitui um dos comportamentos mais complexos com que suicidologia se depara na actualidade. Dentro da conceptualização adoptada no Capítulo I desta dissertação, o para-suicídio parece desempenhar várias funções associadas com a redução da activação emocional. Entre essas funções, encontramos a regulação do afecto, auto-punição, anti-dissociação e anti-suicídio.

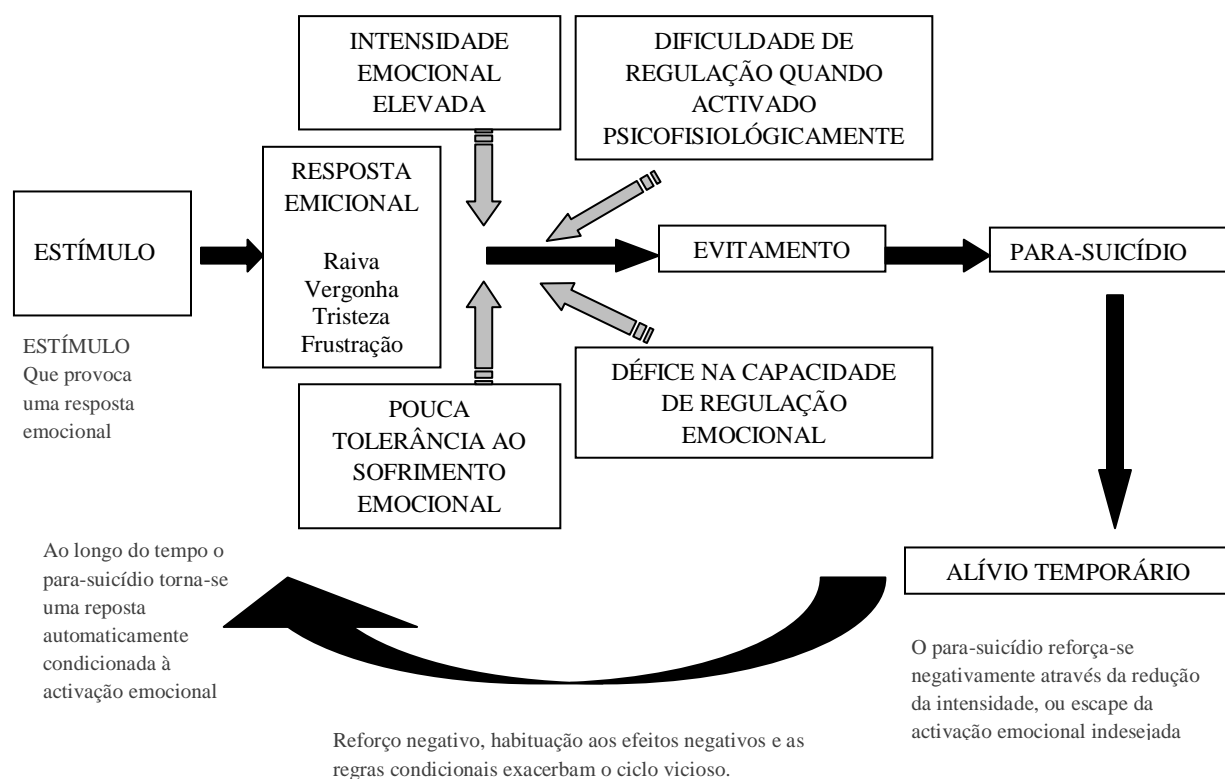
Segundo a perspectiva da regulação do afecto, o para-suicídio constitui uma estratégia de regulação emocional de estados psicológicos extremamente adversos, como a depressão, a culpa, a tristeza, a melancolia, o pessimismo e a ansiedade (Klonsky, 2007; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Paris, 2004). O para-suicídio como forma de auto-punição encontra-se relacionado com sentimentos extremos de culpa, raiva ou punição dirigidas contra o próprio (Klonsky, 2007; Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Na função anti-dissociativa, o para-suicídio pode ser uma das formas encontradas pelo indivíduo para lidar com estados dissociativos (Klonsky, 2007; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Suyemoto, 1998), sendo habitual esta função sobrepor-se com a função da regulação do afecto (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Por fim, o para-suicídio serve ainda a função anti-suicida, ou seja, evita ou protege o indivíduo perante o surgimento de instintos de morte (Klonsky, 2007; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Suyemoto, 1998).

Apesar do para suicídio servir múltiplas funções (Klonsky, 2007; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Paris, 2004; Suyemoto, 1998), Chapman, Gratz e Brown (2006) propõe que o evitamento experiencial possa ser uma forma vantajosa de conceptualizar funcionalmente estes comportamentos autolesivos. O modelo do evitamento experiencial descreve a principal função do para-suicídio como o evitamento ou fuga a activação de estados emocionais extremamente adversos e desagradáveis. De acordo o modelo, os indivíduos que enveredam pelo para-suicídio demonstram um vasto reportório de evitamento experiencial, possivelmente originários de respostas emocionais mais intensas, como a pouca tolerância ao sofrimento psicológico, défice na capacidade de regulação emocional e/ou utilização de estratégias de coping alternativas quando activados emocionalmente. O para-suicídio persiste num ciclo vicioso, um ciclo auto-perpetuado, primariamente relacionado com quatro factores: a) o efeito paradoxal do evitamento experiencial; b) a incapacidade de extinguir a resposta emocional aversiva; c) comportamento governado por regras incondicionais; e d) a habituação a factores que normalmente constrangeriam este comportamento.

O evitamento experiencial inclui qualquer comportamento que funcione como evitamento ou fuga a experiencias internas ou externas desencadeantes (Hayes *et al.*, 1996). Estas experiencias de evitamento podem incluir pensamentos, sentimentos, sensações somáticas ou outras experiencias internas que se tornam stressantes. Em vez de definir uma forma ou topografia particular de comportamento, o evitamento experiencial constitui uma categoria abrangente ou classe de comportamentos unidos pela função comum de evitar ou fugir de experiencias

internas. Como tal, o evitamento experiencial é constituído por um amplo espectro comportamental sustentado pelo reforço negativo, e pode incluir uma variedade de comportamentos semelhantes ou dissemelhantes que servem esta função, tais como formas evitantes de coping, supressão do pensamento, abuso ou dependência de drogas ou álcool (e.g., para evitar estados de humor desagradáveis), evitamento de objectos, lugares ou situações temidas.

**Figura 5 Modelo de evitamento experiencial do para-suicídio (Adaptado de Chapman, Gratz, & Brown, 2006)**



Além do para-suicídio ser primariamente um comportamento com função de fuga emocional, também pode auxiliar os indivíduos a evitar pensamentos, memórias, sensações somáticas ou outras experiências adversas internas. Ou seja, o evitamento de experiências internas não relacionadas com emoções pode também servir uma função de evitamento emocional, pois é provável que as experiências internas se tornam indesejadas devido às emoções a elas associadas (Chapman *et al.*, 2006).

Como se pode observar na Figura 5, apesar das consequências negativas associadas a este tipo de comportamento autolesivo, o para-suicídio consegue, até certo nível, ser um comportamento bastante funcional dentro da sua disfuncionalidade, uma vez que consegue de forma rápida, colocar fim a estados emocionais indesejados. Essencialmente, quando ocorre um evento que evoca determinadas emoções, é activada uma resposta emocional aversiva. O indivíduo experiencia uma vontade incontroável de fuga deste estado de activação e envereda pelo para-suicídio, que reduz ou elimina a activação emocional, como tal, reforçando negativamente o

comportamento para-suicida. Num ciclo vicioso e repetitivo, o reforço negativo aumenta a associação entre activação emocional desagradável e para-suicídio, como tal, o para suicídio torna-se ao longo do tempo numa resposta automática de fuga (Chapman *et al.*, 2006).

O mecanismo através do qual o comportamento autolesivo reduz a activação fisiológica ainda é pouco claro. Mas poderá estar relacionado com a libertação de opióides endógenos durante o comportamento autolesivo, que produzirá analgésica e distracção, reforçando positivamente a autolesão (Chapman *et al.*, 2006).



## ***2.4 Modelo diátese-stress para comportamentos suicidários nas prisões***

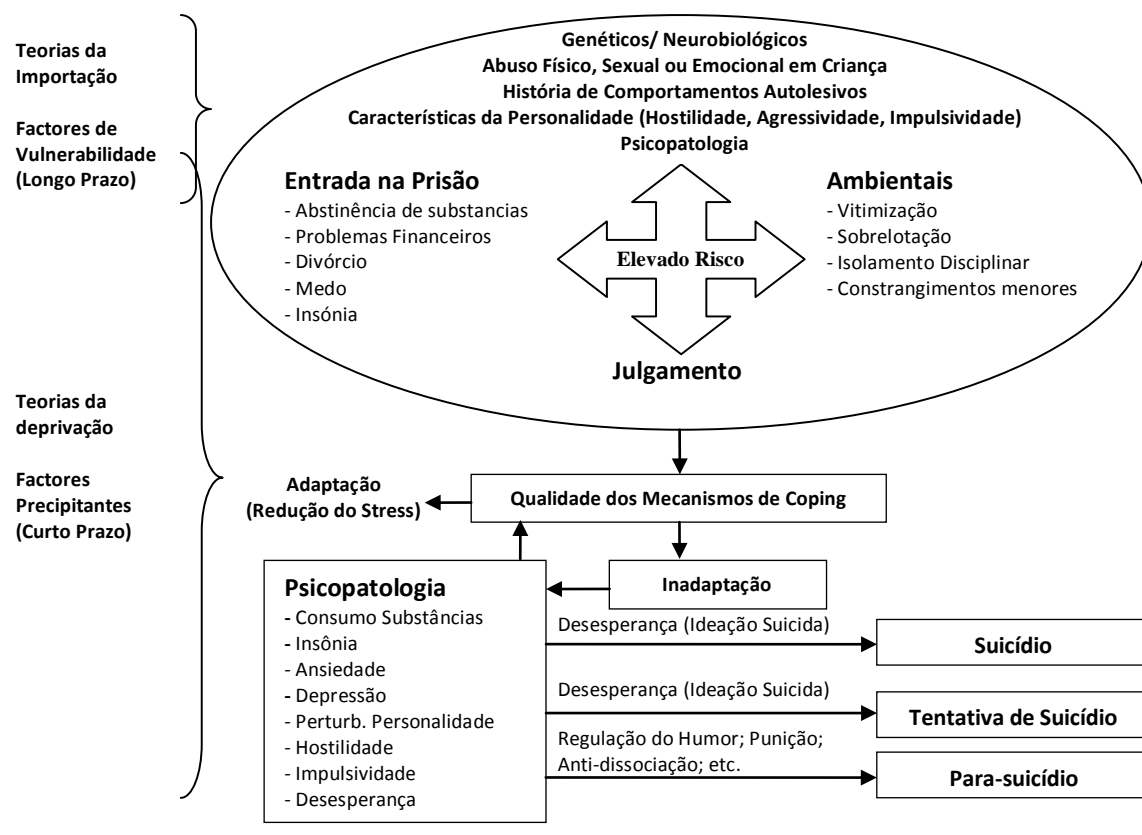
A constatação de que nas prisões os comportamentos suicidários dependem tanto do stress prisional a que o recluso está sujeito, como das suas características individuais, espelho a vida delinquente pré-reclusão, levou à formulação do modelo diátese-stress para comportamentos suicidários na prisão (Moreira, 2008).

O mal-estar psicológico na prisão provém de inúmeras fontes, tanto dos factores de risco contextuais relacionados com a instituição prisional, como das vulnerabilidades psicológicas individuais que entre a população reclusa têm enorme prevalência. Como se observa na Figura 6, a contribuir para o comportamento suicidário nas prisões encontramos os stressores prisionais descritos pelas teorias da deprivação (i.e., processo de entrada na prisão, processo legal, vitimização, sobrelotação, isolamento disciplinar, microstressores diários, etc.). Mas somente alguns reclusos enveredam pelo comportamento suicidário perante estas fontes de stress, precisamente os mais predispostos, mais vulneráveis, ou seja, os que se encontram pouco “equipados” para responder de forma adequada e adaptativa às contingências da perda da liberdade e vida em reclusão, o que vai ao encontro das teorias da importação (Moreira, 2008).

De acordo com o modelo diátese-stress para comportamentos suicidários na prisão, a intensidade, gravidade e duração do stress experienciado na prisão é responsável pelo experienciar de emoções negativas (e.g., tristeza, raiva, ansiedade, culpa, magoa, etc.) e cognições (e.g., não presto, sou inútil, nunca mudarei, só causo sofrimento, vão desprezar-me, não devia ter nascido, são todos culpados, é injusto, odeio-os, a vida não presta, estou sozinho, vão matar-me, não tolero este sitio, nunca mais sairei, troquei o meu filho pela droga, quero desaparecer, perdi tudo) que levam o recluso a experienciar determinado grau de tensão psíquica. O colapso, ou ponto de ruptura será inevitavelmente maior em reclusos vulneráveis ou predispostos para comportamentos suicidários. Os comportamentos suicidários podem então ser entendidos como estratégias de evitamento, estratégias de coping mal adaptativas a cognições (i.e., memórias, pensamentos), e problemas contextuais (i.e., stressores) que causam no recluso extremo sofrimento, dependendo “das emoções que são activadas, do grau de activação, dos estados de tensão psíquica que provocam, da avaliação que a pessoa faz da situação. Pode variar bastante de indivíduo para indivíduo, largamente influenciado pela intensidade, gravidade e duração do stress experienciado, bem como pela sua capacidade de resiliência” (Moreira, 2008, p. 210).

De acordo com o modelo, a estratégia de coping utilizada pelo recluso para lidar com o sofrimento psicológico pode variar, alguns reclusos consultam o terapeuta, outros tentam desabafar com familiares na visita, com companheiro de reclusão ou com o guarda, outros pedem protecção à instituição prisional, outros refugiam-se no consumo de drogas, normalmente na heroína ou cannabis que induzem relaxamento, outros, na medicação ansiolítica e antidepressiva que produz os mesmos efeitos (Moreira, 2008).

Figura 6 Modelo diátese-stress dos comportamentos suicidários na prisão (Adaptado de Moreira, 2008)



Se a estratégia funciona, o recluso adapta-se e tanto o stress como a ideação suicida vêm-se esbatidos. Porém, além destes reclusos não conseguirem utilizar coping adaptativo, devido às suas vulnerabilidades cognitivas (e.g., rigidez cognitiva, pensamento dicotómico elevada impulsividade, etc.), na prisão as estratégias de coping são facilmente falíveis porque os constrangimentos e regras institucionais dificultam a utilização de mecanismos de coping. A meio da noite o recluso não pode pegar no telefone e desabafar com alguém. Não pode sair da cela para aliviar um pouco a cabeça. Os técnicos, médicos e psicólogos são poucos para tantos reclusos, normalmente não é possível fugir dos stressores traumáticos, se recluso vem sendo continuamente vitimizado ou pede protecção à instituição ou continuará a sê-lo, se se sente revoltado com as normas institucionais, não há nada a fazer, elas continuarão a existir, se sua esposa decidir abandona-lo e não levar mais os filhos à visita, pouco pode fazer (Moreira, 2008).

Quando as estratégias de coping enfraquecem ou falham, o recluso(a) pode começar a acreditar que não possui controlo sobre a situação. É esta sensação de falta de controlo que pode potenciar os comportamentos suicidários, que se apresentam assim como a última oportunidade para alcançar ou realçar algum senso de

controle. Será um meio através do qual o recluso, quando confrontado com situações difíceis, tenta tomar uma posição no intuito de mudar as circunstâncias da sua vida (Heney, 1996).

Os reclusos com psicopatologias do Eixo I do DSM-IV-TR, como perturbação depressiva major, perturbações da ansiedade, que abusam ou dependem de substâncias, mas sobretudo, os que neste processo se tornam desesperançados, têm mais probabilidade de desenvolver ideação suicida e tentar o suicídio. Nestes casos, o suicídio constitui a saída para o problema. O suicídio tem como objectivo acabar com um estado de sofrimento mental insuportável, constitui o fim de todas as experiências conscientes. Embora, muitas das vezes o recluso se encontre num estado de ambivalência, com sentimentos, desejos e atitudes contraditórias (Moreira, 2008).

Os reclusos com psicopatologias do Eixo II do DSM-IV-TR, mais precisamente, com perturbações da personalidade do grupo B, ou seja os indivíduos mais impulsivos, hostis, que consomem substâncias, ansiosos, terão mais probabilidade de enveredar pela autolesão sem intenção suicida. Geralmente utilizam cortes superficiais na pele, queimam-se com isqueiros, batem com a cabeça na parede, etc. Estas autolesões funcionam como mecanismo de coping, e reforçam-se porque proporcionam alívio para estados emocionais extremamente desagradáveis como dissociação, raiva, humor disfórico, etc. (Moreira, 2008).

## *Conclusões*

De acordo com Van Heeringen (2003), alguns dos factores de risco que até há pouco tempo eram tidos como puramente biológicos ou psicológicos, são, no presente, tidos como psicobiológicos. Efectivamente, os comportamentos suicidários não são atribuíveis a uma simples causa. São normalmente o resultado da complexa interacção de inúmeros factores. Estes factores são normalmente divididos em biológicos (défice serotoninérgico), psiquiátricos (depressão), psicológicos (desesperança), sociais (isolamento social), culturais (relacionamentos interpessoais) e económicos (desemprego). Esta classificação tem inúmeras fraquezas, a mais importante, a sobreposição entre categorias (Marusic & Farmer, 2001). Como tal, faz todo o sentido a observância de modelos teóricos que tenham por base a noção de que os comportamentos autolesivos ocorrem normalmente no decorrer de um acontecimento marcante, mas apenas em indivíduos com vulnerabilidade acrescida para comportamentos suicidários.

Neste capítulo exploraram-se alguns dos modelos mais recentes preditivos dos comportamentos suicidários. O primeiro modelo constitui uma abordagem clínica dos comportamentos suicidários em pacientes com perturbação psiquiátrica e permitiu generalizar os factores de risco, não apenas a uma perturbação psiquiátrica, mas sim a várias. De acordo com este modelo, o risco suicidário não se encontra apenas dependente do stress inerente à perturbação psiquiátrica. A diátese deve também fazer parte de qualquer processo avaliativo, pois reflecte a tendência do indivíduo para experienciar maior ideação suicida e maior impulsividade para o acto suicida perante um determinado stressor. Além disso, a severidade objectiva da perturbação parece ter pouca probabilidade de predizer um futuro comportamento suicidário, o que dá ênfase à importância da diátese ou predisposição traço-dependente relativamente à severidade da perturbação psiquiátrica na predição de comportamentos suicidários.

O segundo modelo, a teoria dos modos suicidas, representa uma abordagem cognitiva dos comportamentos suicidários incorporando conceitos idênticos a prévias teorizações cognitivas como a tríade cognitiva, crenças irrealistas, regras condicionais, estratégias compensatórias e desesperança. Este modelo constitui uma mais valia, ao aplicar o conceito de modos aos comportamentos suicidários, possibilitou a estruturação de planos terapêuticos adequados aos indivíduos que tentam o suicídio ou para-suicídio e aos que enveredam por comportamentos autolesivos únicos ou recorrentes.

O modelo do evitamento experiencial é baseado no modelo de Hayes e colaboradores (1996), os quais conceberam o comportamento autolesivo como uma acção direccionada ao evitamento ou fuga de determinadas experiências pessoais (e.g., sensações corporais, emoções, pensamentos, memórias, predisposições comportamentais). Este modelo tem a vantagem de dar a conhecer a essência do comportamento para-suicidário como forma de regulação emocional. É um modelo importante, pois possibilita enquadrar o comportamento para-suicida como uma forma de autolesão sem intenção suicida possibilitando direccionar e otimizar o tratamento da

desregulação emocional dos para-suicidas e evitando perda tempo na conceptualização deste comportamento como se de uma tentativa de suicídio se tratasse.

O quarto modelo bebe um pouco de vários modelos suicidológicos e tem como intuito conceptualizar o comportamento suicidário em meio prisional. Trata-se de um modelo integrativo, segundo o qual os comportamentos suicidários na prisão não são concebidos como uma mera resposta à vulnerabilidade e stress prisional. Integra ainda o conceito de coping adaptativo, que moldará o tipo de comportamento suicidário adoptado pelo recluso ao longo da execução da pena.

## CAPÍTULO III

### FACTORES DE RISCO

---

## **Factores de risco**

Inúmeros factores de risco têm sido associados ao fenómeno suicidário prisional. Joukamaa (1997) constatou que entre os 184 reclusos que se suicidaram nas prisões finlandesas entre 1969 e 1992, mais de metade padecia de perturbação psiquiátrica, metade havia recorrido aos serviços clínicos da prisão na semana anterior ao suicídio, quase um terço cometeu o suicídio em isolamento disciplinar, um em cada dez cometeu o suicídio durante a primeira semana de reclusão e um terço durante os primeiros dois meses. A maior parte dos reclusos eram solteiros ou divorciados, apenas um décimo casados. O enforcamento foi o método esmagadoramente seleccionado para a consumação do acto (88%), seguido de envenenamento (5%) e precipitação de local ermo (2%).

Frottier e colaboradores (2002) analisaram os 209 suicídios levados a cabo em prisões austríacas entre 1975 e 1999. Encontraram essencialmente três períodos de elevado risco suicida ao longo da execução da pena, o período imediatamente posteriormente à entrada na prisão, nomeadamente as primeiras quarenta e oito horas de reclusão, dois meses após o recluso ter entrado na prisão e, para reclusos com penas longas, que o risco aumenta de acordo com a durabilidade da pena, ou seja, de acordo com o tempo passado na prisão.

Fruehwald, Matschin, Koenig, Bauer e Frottier (2004) tentaram analisar os factores de risco suicida associados aos óbitos por suicídio ocorridos nas prisões austríacas entre 1975 e 1999. Os autores aferiram que entre os maiores preditores de suicídio em meio prisional se encontravam a história de comportamentos autolesivos, diagnóstico psiquiátrico, medicação psiquiátrica prescrita durante o encarceramento, alojamento em cela individual e prática de crime violento.

Hayes (2000), nos EUA, constatou que entre os reclusos em maior risco suicida se encontravam os que tinham mais de uma condenação, os que cumpriam penas longas, os primários com pouco historial criminal, jovens até aos 18 anos, indivíduos de classe social elevada, com história pessoal de autolesão, que tenham tido na família alguém que tenha tentado o suicídio, que tenham presenciado ou tido conhecimento do suicídio de outro recluso, que demonstrem culpa ou vergonha exagerada pelo crime cometido, que apresentem perturbação psiquiátrica no período pré-detenção, que se deparem com más notícias durante a execução da pena (e.g., pedido de divórcio, morte de parente, amigo, doença grave, etc.) e que abusam ou dependam de substâncias. Verificou ainda, que se constituem como factores de risco a fase inicial da execução da pena, principalmente as primeiras vinte e quatro horas de reclusão, reclusos em processo de abstinência de substâncias, que esperam por julgamento ou que acabaram de ser sentenciados. Também se constituem como factores de risco os feriados e fins-de-semana, datas marcantes, como aniversário de casamento, aniversário de um filho e divórcio.

Outros autores referem que em elevado risco suicida se encontram ainda os reclusos que manifestam impulsividade reactiva, principalmente indivíduos com criminalidade persistente e perturbações do Eixo II do DSM (Moreira, 2008; Verona, Patrick, & Joiner, 2001).

He, Felthous, Holzer, Nathan e Veasey (2001) dividiram os stressores prisionais responsáveis pelo suicídio em quatro tipos: Institucionais (e.g., isolamento disciplinar e alojamento em cela ou ala indesejada pelo recluso); Interpessoais (e.g., termino da relação conjugal, rixas entre reclusos e agressão física ou sexual por parte de outros reclusos); Legais (e.g., processo de julgamento, acusação de agressão a guardas e condenação com pena longa em processo de julgamento); Médicos (e.g., delirium, insónia, epilepsia e outras condições médicas). Os mesmos autores verificaram que os reclusos que cometem o suicídio na prisão apresentam determinadas características que os tornam predispostos ao suicídio na prisão, entre elas, história de autolesão, história pessoal e familiar de perturbação psiquiátrica, abuso ou dependência de substâncias.

Da multivariiedade de factores de risco referenciados nestes parágrafos introdutórios, é possível encontrar factores de risco relativos aos traços de personalidade, ou seja, aos factores de vulnerabilidade importados para o sistema prisional e factores de risco precipitantes, ou seja, relativos à privação, ao impacto do stress prisional.



### 3.1 Vulnerabilidade e comportamentos suicidários na prisão

#### 3.1.1 Características sociodemográficas

Além da etnia, os factores sociodemográficos mais comumente associados aos comportamentos suicidários na prisão são a idade e o estado marital. Ao contrário do que se observa entre a população geral, onde o risco suicida se encontra associado ao aumento da idade, nas prisões o aumento da idade parece ter menor influência sobre a vulnerabilidade suicida. Por exemplo, Ivanoff e colaboradores (1996) referem que quanto maior a idade do recluso menor será o risco de vir a enveredar por um comportamento autolesivo na prisão, sendo que, por cada ano de idade a vulnerabilidade se vê diminuída em 8%.

Apesar de algumas excepções (Blaauw *et al.*, 2005), na Tabela 2 é possível observar que a maior parte dos estudos de investigação têm observado taxas de suicídio significativamente mais elevadas entre os reclusos jovens reflectindo, na maior parte das vezes, a média de idades da generalidade da população reclusa (White & Schimmel, 1995; Moreira, 1998).

No que se refere ao estado civil, a maioria dos estudos tem revelado que o risco suicida se encontra aumentado entre os reclusos solteiros e divorciados, ou seja, que não vivem maritalmente. Joukamaa (1997) ao analisar 184 suicídios nas prisões finlandesas verificou que a maioria da amostra era solteira ou divorciada e apenas um décimo casada. Fruehwald e colaboradores verificaram que apenas um quarto dos 220 reclusos que morreram por suicídio em prisões austríacas entre 1975 e 1979 eram casados. Shaw e colaboradores (2004) observaram que 76% dos 171 suicidas da sua amostra eram solteiros, 14% viviam em união de facto e 9% estavam divorciados ou separados. Wichmann e colaboradores (2000) verificaram que 64% dos reclusos da sua amostra que morreram por suicídio não viviam maritalmente e que os restantes 36% se encontravam casados ou a viver em união de facto.

**Tabela 2 Idade média ou classes etárias de maior risco suicida nas prisões**

Estudo	Autolesão	País	Anos	Amostra	Risco
He <i>et al.</i> , 2001	Fatal	EUA	1996-1997	25	33 anos
Fruehwald <i>et al.</i> , 2004	Fatal	Áustria	1975-1999	220	34.4 anos
Joukamaa 1997	Fatal	Finlândia	1969-1992	184	21-29 anos
Dalton, 1999	Fatal	Austrália	1980-1998	367	29 anos
White & Schimmel, 1995	Fatal	EUA	1988-1992	215	31-40 anos
Towl & Crighton, 1998	Fatal	Inglaterra e País de Gales	1988-1995	377	21-29 anos
Dear <i>et al.</i> , 2001	Não-fatal	Austrália	2000	74	25.7 anos
Wichmann <i>et al.</i> , 2000	Não-fatal	Canada	1991-1998	731	26 anos

Embora por si só a idade não constitua um factor de risco, associada a outros factores de vulnerabilidade poderá ajudar a estabelecer o perfil do potencial suicida em meio prisional (Blaauw *et al.*, 2005; Ivanoff *et al.*, 1996).

O aumento dos incidentes de suicídio entre pessoas não casadas pode encontrar-se relacionado com o grau de suporte social recebido durante situações indutoras de stress (Heikkinen, Aro, & Lönnqvist, 1993, *cit. in* Wichmann *et al.*, 2000). Além disso, a perda de uma pessoa significativa constitui geralmente um factor de risco suicida (Wichmann *et al.*, 2000).

### **3.1.2 Características criminais**

Os estudos que se debruçam sobre o risco de suicídio mediante o tipo de crime não são consensuais. Em alguns estudos verificou-se que a acusação de homicídio constitui um importante factor de risco suicida. Em Portugal, Moreira (1998) verificou que os homicidas constituem um grupo de maior risco suicida. He e colaboradores (2001) chegaram a conclusões idênticas. No seu estudo, 44% das vítimas de suicídio foram acusadas de crimes violentos contra as pessoas, 36% de crimes contra a propriedade, 12% de crimes relacionados com drogas. Durand (1995) verificou que reclusos acusados de homicídio apresentam 19 vezes mais probabilidade de cometer o suicídio na prisão comparativamente a reclusos acusados de outros crimes. No pólo oposto, alguns estudos têm indicado que a detenção por outros tipos de crimes também se constitui como factor de risco. Hayes (1989) verificou que a maior parte das vítimas de suicídio do seu estudo estavam acusadas de crimes não-violentos. Joukamaa (1997) verificou que a maior parte dos suicídios ocorridos nas prisões finlandesas foram cometidos por reclusos acusados do crime de roubo ou outros crimes contra a propriedade.

No que se refere à reincidência, tida neste estudo como a apresentação de duas ou mais detenções, os estudos não têm sido consensuais. Alguns estudos apontam como factor de risco suicida o facto do recluso se encontrar detido pela primeira vez, e que o impacto do stress prisional, até então desconhecido do recluso, pode aumentar a probabilidade de comportamentos suicidários na prisão (Danto, 1977; Hayes, 1989; 2000). Por outro lado, alguns estudos argumentam que os reclusos reincidentes se encontram em maior risco, porque sabem de antemão, que irão reviver uma experiência que lhes foi traumatizante no passado (Blaauw *et al.*, 2005; Moreira, 1998).

### **3.1.3 História de autolesão**

Um dos factores de vulnerabilidade para comportamentos suicidários usualmente referenciados pela suicidologia refere-se ao historial único ou recorrente de comportamentos autolesivos (Beautrais, 2001; Fawcett *et*

*al.*, 1990; Hawton, Sutton, Haw, Sinclair, & Deeks, 2005; Nordström, Åsberg, Aberg-Wistedt, & Nordin, 1995; Oquendo *et al.*, 2004; Suominen *et al.*, 2004).

Estudos em meio prisional têm comprovado este facto com reclusos. Chapman e colaboradores (2005b) concluíram que 38,1% das reclusas que tentaram o suicídio durante o encarceramento apresentam história de comportamentos autolesivos no passado.

No estudo Singleton, Meltzer, Gatward, Coid e Deasy (1997) com 3.138 reclusos (1.248 reclusos preventivos e 1.120 condenados; 187 reclusas preventivas e 583 condenadas) que responderam a questões relacionadas com comportamentos e pensamentos suicidários verificou-se que: a) a proporção de reclusos preventivos que admitiram terem pensado cometer suicídio durante o decurso da sua vida demonstrou ser extremamente elevada, 46% nos reclusos e 59% nas reclusas; b) 27% dos reclusos e 44% das reclusas preventivas referiram ter tentado o suicídio durante o decurso da vida, 15% dos reclusos e 27% das reclusas durante no ano transacto ao estudo; c) 37% dos reclusos e 52% das reclusas condenadas admitiram terem pensado cometer suicídio durante o decurso da sua vida; d) 20% dos reclusos e 37% das reclusas condenadas reportaram terem tentado o suicídio durante o decurso da sua vida, 7% dos reclusos e 16% das reclusas durante o ano transacto; e) durante a actual execução da pena 5% dos reclusos e 9% das reclusas preventivas enveredaram pelo para-suicídio; e f) 7% dos reclusos e 10% das reclusas condenadas enveredaram pelo para-suicídio.

Karten (1991) constatou que reclusos com história de autolesão no período pré-reclusão têm maior probabilidade de recebido tratamento psiquiátrico e que em reclusos com perturbação borderline da personalidade esse tratamento permite distinguir entre reclusos que enveredam por comportamentos suicidários genuínos e autolesões com carácter manipulativo.

### **3.1.4 Perturbação psiquiátrica**

A perturbação psiquiátrica encontra-se estritamente relacionada com os comportamentos suicidário, principalmente nas prisões, um contexto onde a prevalência de perturbação psiquiátrica é extremamente elevada.

Fazel e Danesh (2002), numa revisão de 62 estudos sobre saúde mental em estabelecimentos prisionais de 12 países ocidentais, com uma amostra de 22.790 reclusos, 18.530 (81%) homens e 4.260 (19%) mulheres, verificaram que 3% a 7% dos reclusos homens padeciam de perturbações psicóticas, 10% de perturbação depressiva major e 65% de perturbações da personalidade, dos quais 47% com perturbação anti-social. No que se refere às reclusas, 4% padeciam de perturbações psicóticas, 12% de perturbação depressiva major e 42% de perturbações da personalidade, dos quais 21% com perturbação anti-social.

Em meio prisional francês, Falissard e colaboradores (2006) revelaram que 3.8% dos reclusos sofriam de esquizofrenia, 12% de ansiedade generalizada e 17.9% de perturbação depressiva major.

Numa amostra de 3.563 reclusos em meio prisional inglês e escocês, 2.669 homens e 894 mulheres, Singleton e colaboradores (1997), verificaram que, nos 12 meses anteriores à admissão na prisão, cerca de 20% dos reclusos e 40% das reclusas reportaram terem recebido ajuda ou tratamento para um qualquer problema mental ou emocional.

Segundo Goss, Peterson, Smith, Kalb e Brodey (2002), a grande proporção de indivíduos que padecem de perturbações psiquiátricas, com comorbidade ao nível do abuso e dependência de drogas ou álcool, acaba por fazer das prisões um local de elevado risco suicida. De acordo com o estudo revelado pelos autores, dos 124 reclusos que tentaram o suicídio pela primeira vez enquanto reclusos, 77% padecia de perturbação psiquiátrica.

Num outro estudo Meltzer, Jenkins, Singleton, Charlton e Yar (2003), verificaram que os reclusos que tentam o suicídio têm quatro vezes mais probabilidade de terem recebido tratamento psiquiátrico no ano anterior à sua detenção, comparativamente a reclusos que não tenham tentado o suicídio. Em reclusas, essa probabilidade é três vezes maior.

Palmer e Connelly (2005) referem que reclusos com história de para-suicídio têm mais probabilidade de evidenciar um amplo espectro de características e sintomatologia depressiva. Estes reclusos, comparativamente a reclusos sem história prévia de para-suicídio, obtêm *scores* mais elevados na *Beck Hopelessness Scale*, no *Beck Depression Inventory-II* e no *Beck Scale for Suicide Ideation*, aquando da admissão no estabelecimento prisional.

Relativamente aos reclusos que acabaram por morrer por suicídio na prisão, também eles apresentam *background* de perturbação psiquiátrica e de abuso ou dependência de substâncias. Por exemplo, He e colaboradores (2001) verificaram que, entre as perturbações psiquiátricas mais comumente encontradas entre reclusos vítimas de suicídio em situação de *condenados*, se encontravam as perturbações do humor (44% antes da detenção e 64% durante o encarceramento) e perturbações psicóticas (28% antes da detenção e 44% durante o encarceramento).

Entre reclusos com comportamentos suicidários é provável encontrarmos grande percentagem de indivíduos com perturbação *borderline* da personalidade (Chapman, 2003; Franklin, 1988). De acordo com Chapman (2003), as reclusas com perturbação *borderline* da personalidade reportam 3 vezes mais episódios de para-suicídio e suicídio comparativamente a reclusas sem perturbação *borderline* da personalidade.

### 3.1.5 Abuso ou dependência de substâncias

As perturbações relacionadas com substâncias agregam-se frequentemente com outras perturbações. Segundo a Associação Americana de Psiquiatria, indivíduos com perturbações do humor, perturbações psicóticas, perturbações da ansiedade e perturbações da personalidade, vêem o seu quadro suicidário agravado se consumirem substâncias (American Psychiatric Association, 2002).

No que respeita ao abuso e dependência de substâncias e álcool, Fazel, Bains e Doll (2006), numa revisão de 30 estudos com 7.563 reclusos(as) recém entrados, aferiram que 18% a 30% dos reclusos e 10% a 24% das reclusas abusavam ou dependiam de álcool no período pré-reclusão. Já no que se refere ao abuso e dependência de drogas, o abuso ou dependência oscilava entre 10% e 48% em reclusos e 30% e 60% em reclusas.

Em meio prisional, Boys e colaboradores (2002) verificaram que as variáveis psiquiátricas podem ter um papel importante na diferenciação entre reclusos que usam, ou não, drogas na prisão. Assim sendo, quantos mais diagnósticos o recluso apresentar, maior probabilidade existe de ter usado heroína ou cocaína, bem como outros tipos de drogas. Simpler e Langhinrichsen-Rohling (2005) referem que reclusos com duas ou mais perturbações psiquiátricas reportam maior consumo de substâncias, comparativamente a reclusos com uma ou nenhuma perturbação mental. No estudo de He e colaboradores (2001) em reclusos que cometeram o suicídio, foi possível verificar que 68% dos reclusos que se acabaram por suicidar na prisão tinham tido, anteriormente à sua detenção, dois ou mais diagnósticos de perturbação psiquiátrica e que, depois de se encontrarem reclusos, essa percentagem subiu para 88%. No que se refere à comorbilidade entre abuso de substâncias e perturbações psiquiátricas, 68% das vítimas de suicídio que abusavam de substâncias tinham tido anteriormente uma perturbação psiquiátrica: 75% perturbações do humor e 91% perturbações psicóticas.

Em meio prisional, Hayes (2000) verificou que reclusos detidos por crimes relacionados com o consumo de álcool e/ou drogas apresentavam maior risco de suicídio durante as primeiras horas de reclusão muito por força dos efeitos adversos destas substâncias. De acordo com Pereira e Costa (1989), reclusos que abusam ou dependem de substâncias, comparativamente a reclusos sem comportamentos adictivos, apresentam maior propensão para comportamentos autolesivos. Segundo o autor, 4,1% dos reclusos com prática habitual de consumo referem ter tentado o suicídio antes de terem sido admitidos na prisão. Quando inquiridos sobre esse comportamento dentro da prisão, o valor sobe para 24,7%. He e colaboradores (2001), numa prisão para presos condenados, verificaram que 68% dos reclusos que cometeram o suicídio apresentavam historial de abuso ou dependência de álcool e drogas pré-reclusão. Destes, 48% abusavam e dependiam de ambas as substâncias. Este estudo permitiu verificar que, apesar do abandono do abuso ou dependência de substâncias, o risco suicida mantém-se elevado nos reclusos com história de abuso ou dependência de substâncias.

“Os mecanismos através dos quais o abuso e dependência de substâncias facilitam os comportamentos suicidários são vários. “Estas substâncias são responsáveis pelas disrupções nos relacionamentos interpessoais, pela perda do juízo crítico, por induzirem a psicose ou alterações agudas e crónicas do humor, da ansiedade e da personalidade, inclusive na fase de abstinência, por facilitarem a desinibição, impulsividade e agressividade, por desempenharem uma função antissuicida e por exacerbarem ou facilitarem problemas de saúde física” (Moreira, 2008, p. 161).

## ***3.2 Stress e comportamentos suicidários na prisão***

### **3.2.1 A entrada na prisão**

A entrada na prisão constitui um dos períodos da execução da pena em que o risco de suicídio se encontra mais exacerbado (Danto, 1997; Frottier *et al.*, 2002; Hayes, 2000; Moreira, 1998; 2008). Hayes (2000) apurou que cerca de 50% dos suicídios ocorridos em prisões norte-americanas se dão nas primeiras 24 horas de reclusão, Joukamaa (1977) apurou que um em cada dez suicídios ocorridos em prisões finlandesas se dão na primeira semana de reclusão, Moreira (1998) em Portugal constatou que 11.7% dos reclusos que cometeram o suicídio entre 1990 e meados de 1995 o fizeram nos primeiros dias de reclusão. A admissão constitui-se normalmente de elevado risco suicida, quando os recém admitidos se encontram sob o efeito de álcool ou drogas, sendo que, por via da entrada em abstinência, o efeito estimulador do abuso ou dependência de substâncias rapidamente se torna num depressor, podendo precipitar o recluso no comportamento suicidário (Danto, 1997; Hayes, 2000), principalmente para os reclusos que experienciam culpa ou vergonha exagerada pelo crime cometido (Hayes, 2000; Lester, 1997).

Porquê taxas tão elevadas de suicídio na fase inicial de reclusão? Porque a entrada na prisão constitui um *acontecimento significativo de vida*, uma martelada, um evento raro para a maior parte das pessoas. A entrada na prisão é responsável por emoções e cognições negativas acerca do próprio e do futuro e potencia o surgimento ou exacerbação de sintomatologia psicopatológica. Tal facto, limita a capacidade do recluso na utilização de mecanismos de coping adaptativos perante esta fonte de stress, aumentando, o risco suicida dos reclusos com maior predisposição para comportamentos suicidários (Moreira, 2008).

Efectivamente, a fase inicial do cumprimento da pena é responsável por depressão (Cooper, 1974; Elger, 2004) e estados ansiógenos inerente à preocupação com possíveis consequências relacionadas com a detenção e com a incerteza de como decorrerá o processo judicial (Elger, 2004). Esta fase da execução da pena potencia inúmeras reacções emocionais negativas, como tristeza, solidão, medo, raiva, impotência (“eu sinto que o mundo caiu sobre mim”, “tudo o que sinto é um grande vazio dentro de mim”, “eu sinto muito medo”, “eu sinto uma enorme perda, tristeza e solidão dentro de mim”) que pressupõe maior risco suicida durante esta fase da execução da pena (Behar, Cordomi, & Bajet, 1997).

Vários estudos têm patenteado diminuição significativa nos níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa à medida que o recluso se adapta à vida em meio prisional. Por exemplo, os *scores* do Inventário de Depressão de Beck (BDI), um instrumento amplamente utilizado na autoavaliação da depressão, são mais elevados aquando da admissão do recluso na prisão e tendem a diminuir durante o restante período de encarceramento (Boothby & Durham, 1999; Reitzel & Harju, 2000; Zamble & Porporino, 1988). Em meio prisional português, com a Escala de

Autoavaliação da Depressão de Zung, Ribeiro e Barros (1995) chegaram a resultados idênticos. Os níveis de depressão diminuem à medida que o recluso em prisão preventiva se adapta à cultura prisional.

A carga emocional a que o recluso está sujeito na à fase inicial da execução da pena parece ver-se esbatida à medida que o recluso se adapta à instituição prisional. Cooper (1974) refere que geralmente os reclusos retomam o normal funcionamento depois de reagirem adaptativamente ao impacto da detenção e à fase inicial de cumprimento da pena. Gunn e colaboradores (1978, *cit. in* Harding & Zimmermann, 1989) verificaram que as elevadas taxas de ansiedade e depressão encontradas entre reclusos durante a primeira fase da execução da pena tendem a diminuir significativamente durante os primeiros seis meses de reclusão. De acordo com Harding e Zimmermann (1989), relativamente ao stress experienciado à entrada na prisão, é possível diferenciar entre o stress cognitivo, seja, a percepção e existência de um estado geral de aborrecimentos, preocupações e sintomas psiquiátricos. Para os autores, grande parte dos reclusos tendem a experienciar tanto stress cognitivo como perturbação psiquiátrica, mas ambos tendem a diminuir durante os dois primeiros meses de encarceramento. É por isso importante o staff médico distinguir entre preocupações e aborrecimentos (stress cognitivo) expressos e perturbação psiquiátrica.

Como tal, foi defendido que nesta fase da execução da pena não se efectuem diagnósticos relacionados com perturbações depressivas ou ansiosas, devendo ser preferível a utilização de diagnóstico de perturbação adaptativa com características depressivas ou ansiosas (Moreira, 2008).

Inúmeros factores protectores e de risco suicida parecem encontrar-se relacionados com o processo adaptativo. Cooper e Berwick (2001), ao analisarem os factores associados com as tentativas de suicídio e para-suicídio dentro da prisão averiguaram que reclusos com antecedentes psiquiátricos, sentimentos de culpa, falta de amigos e visita externa, que não participavam em programas de formação, desporto ou passatempos e que interiorizavam a severidade, constrangimentos e preocupações do ambiente prisional, tinham mais probabilidade de experienciar níveis elevados de ansiedade, depressão e comorbilidade psicológica.

### **3.2.2 O processo judicial**

Como decorrerá o julgamento? Aparecerão novas testemunhas? Que provas surgirão? Em quantos anos se fixará a pena? São aspectos relativos ao processo judicial que causam elevada tensão em reclusos preventivos (Moreira, 2008). Durante o período que medeia a prisão preventiva, a ansiedade e tensão referente à espera do julgamento ou leitura da sentença constitui um dos stressores mais nefastos em meio prisional, podendo potenciar um qualquer tipo de comportamento suicidário (Danto, 1997; Blaauw, Kerkhof, & Hayes, 2005; Hayes, 2000; He *et al.*, 2001; Moreira, 1998; Moreira, 2008):

“A espera pela conclusão do julgamento e a incerteza da pena que virá a ser aplicada pelo juiz perfaz, principalmente nos momentos antecedentes à leitura da sentença, um dos maiores factores de risco para comportamentos suicidários em meio prisional. Este risco não diminui nos momentos seguintes à leitura da sentença/acórdão se a pena aplicada for maior do que esperado” (Moreira, 2008, p. 209).

### **3.2.3 Sobrelotação**

A sobrelotação prisional tem sido apontada como um dos maiores problemas com que as instituições prisionais se têm deparado (Cooper & Berwick, 2001; Gonçalves, 2005), constituindo-se como factor reagente a sintomas psicológicos negativos por parte daqueles que experienciam tal fenómeno e que, muitas vezes, funciona como fonte indutora de stress (Cooper & Berwick, 2001; Paulus & McCain, 1983) tendo também sido associada a comportamentos suicidários (Cox *et al.*, 1984).

São vários os mecanismos através dos quais a sobrelotação exacerba o stress prisional. Os comumente referidos sugerem que a sobrelotação limite a utilização de bens e serviços e facilite a vitimização em meio prisional.

À medida que as prisões ficam lotadas, aumenta o número de reclusos nas áreas comuns, como corredores e pátios, bem como nas áreas de alojamento, como celas e camaratas, reduzindo consideravelmente o espaço por pessoa (Cox *et al.*, 1984). Com o aumento excessivo do número de reclusos na prisão o recluso vê-se impossibilitado de aceder condignamente a instalações sanitárias, roupa lavada, fornecimento de comida, energia eléctrica, água (Smith, 1983). Além disso, os postos de trabalho, vagas na educação e acesso a programas e serviços reeducativos vêm-se diminuídos, fazendo com que a vida em reclusão se torne enfadonha (Ruback, & Innes, 1988). Tal facto, é responsável por níveis elevados de stress (Cox *et al.*, 1984; Gaes & McGuire, 1985). À medida que o recluso se vê impedido de alcançar ou atingir algum objectivo devido à excessiva quantidade de reclusos maior se torna o grau de competição entre reclusos, o que se torna stressante (Cox *et al.*, 1984; Paulus & McCain, 1983), minando inevitavelmente as expectativas de realização que o recluso tem ou poderá vir a ter durante a execução da pena (Davies, 2004). Smith (1983), Ruback e Innes (1988) referem mesmo que a privação de bens-materiais a que os reclusos estão sujeitos potencia lutas pela sua obtenção.

Efectivamente, verificou-se que a sobrelotação potencia a falta de controlo por parte do *staff*, facilitando a vitimização entre reclusos, principalmente quando os reclusos partilham a mesma cela (Cox *et al.*, 1984). Reclusos alojados em prisões sobrelotadas têm maior probabilidade de interpretar os comportamentos dos outros como agressivos e violentos (Lawrencen & Andrews, 2004), constituindo-se a sobrelotação como uma das variáveis mais influentes nos assaltos que se verificaram em ambiente prisional (Gaes & McGuire, 1985).

A sobrelotação limita a actuação a nível terapêutico ou preventivo dos serviços clínicos das prisões (Smith, 1983). O excesso de reclusos por técnico, médico, psicólogo, enfermeiro, etc., leva a que muitos dos reclusos que



necessitam de tratamento e acompanhamento se sejam privados do mesmo, impedindo, que reclusos mais vulneráveis, nomeadamente aqueles com perturbações do foro psiquiátrico, sejam identificados (Davies, 2004).

Todos estes factores implicam que a sobrelotação em meio prisional se transforme numa das variáveis mais fortemente relacionadas com níveis elevados de stress, traduzindo-se inevitavelmente na deterioração do bem-estar físico e psicológico do recluso. Segundo Cox e colaboradores (1984), as consequências psicológicas da sobrelotação nas prisões são inúmeras e acabam por dificultar o processo adaptativo do recluso ao quotidiano prisional. O processo mal-adaptativo ao excesso de stress derivado da sobrelotação pode variar, podendo incluir isolamento, inactividade, retirada social com fuga a interações ou estímulos indesejados, agressão, depressão, ansiedade, suicídio, tentativa de suicídio, automutilação, elevadas queixas de doença e acesso a médicos de saúde mental, infracções disciplinares, mortes violentas, etc.

### **3.2.4 Isolamento disciplinar**

Os reclusos que enveredam por condutas disfuncionais contra companheiros de reclusão ou contra a instituição prisional acabam, mais cedo ou mais tarde, por serem castigados disciplinarmente pela conduta disfuncional adoptada na prisão, sendo alojados em isolamento disciplinar (Hayes, 2005).

“O isolamento em cela disciplinar dos infractores obriga-os a experienciar um tipo de stress, para o qual poucos mecanismos de coping se encontram disponíveis. Os reclusos em isolamento disciplinar não podem telefonar aos seus familiares, receber visitas, nem conversar com outros companheiros de reclusão. Ficam fechados vinte e três horas diárias, o que, para reclusos com pouca capacidade para lidar com a frustração e níveis elevados de ansiedade, pode constituir o ponto de ruptura que os encaminha para um qualquer tipo de comportamento autolesivo” (Moreira, 2008, p. 208).

Efectivamente, as medidas disciplinares constituem um dos maiores stressores para quem se encontra recluso, implicando, não raras vezes, sofrimento psicológico e consequente aumento nos níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva (Bonner, 2006; Hayes, 2000; Miller, 1994; Moreira, 2008). Comparativamente a indivíduos que não se encontram isolados, indivíduos em isolamento demonstram maior internalização de problemas interpessoais, sintomatologia depressiva, ansiosa, maiores problemas de ajustamento psicológico (Zinger, Wichmann, & Andrews, 2001), níveis de angústia ou sofrimento psicológico mais elevados (Miller, 1994), ideação suicida (Bonner, 2006) e comportamentos suicidários (Hayes, 1997; Miller, 1994).

Miller (1994) verificou que, à medida que os níveis de restrição aumentam, o mesmo sucede com os níveis de angústia. Considera que o isolamento do recluso em cela disciplinar, regime de segurança ou regime de protecção, aumenta o risco de suicídio, principalmente em reclusos com capacidades limitadas para lidar com a frustração. Para o autor, o processo de isolamento retira qualquer mecanismo de apoio social ao recluso,

aumentando a probabilidade do mesmo entrar em desespero e consequentemente em desesperança. Por isso mesmo, ao nível da prevenção do suicídio Hayes (1995) recomenda que sempre que possível, se evite a colocação do recluso em cela disciplinar, pois alguns destes indivíduos enveredam por comportamentos suicidários, principalmente reclusos com capacidade limitada para lidar com a frustração.

De acordo com Bonner (2006), reclusos que cumpram castigo em isolamento disciplinar reportam maiores problemas psiquiátricos, níveis mais elevados de desesperança, percebem o alojamento em isolamento disciplinar como stressante e apresentam mecanismos de coping menos eficazes para lidar com o stressor *isolamento*. Verificou ainda, que os reclusos alojados em isolamento disciplinar revelam maiores dificuldades adaptativas ao contexto prisional, bem como maior predisposição para stress (e.g., história de perturbação psiquiátrica, história de tentativa de suicídio e maior severidade em anteriores tentativas de suicídio).

O stress provocado pelo isolamento disciplinar e a tentativa de escape do recluso ao mesmo é responsável por muitas das simulações de tentativa de suicídio ocorridas em meio prisional (Bonner, 2001; Hayes, 2001). Mesmo subsistindo forte evidência de que o recluso simulou uma tentativa de suicídio para se furtar ao castigo disciplinar, é preferível aguardar algum tempo entre o acto autolesivo e o castigo disciplinar. O recluso deve contudo compreender que tal acção não o livrará do castigo disciplinar, simplesmente o adiará.

Os reclusos em isolamento disciplinar são, em grande parte, responsáveis pela maioria dos comportamentos desviantes em meio prisional (e.g., furtos, extorsão, vitimização, dívidas a outros reclusos, etc.). Como tal, são aqueles mais predispostos às possíveis represálias inerentes à sua conduta desviante em meio prisional, ou seja, são os reclusos que mais se expõe a um dos maiores stressores em meio prisional, a vitimização (Moreira, 2008).

### **3.2.5 Vitimização**

A vitimização constitui um dos maiores stressores em meio prisional, sendo responsável por reacções psicológicas extremamente negativas como a ansiedade, a depressão, a raiva e a desesperança e que, mediante o grau de vitimização, podem evoluir para ideação suicida e mesmo comportamentos suicidários. Qualquer recluso que se envolva em processos de vitimização, seja como agressor ou vítima, evidenciará inevitavelmente sequelas psicológicas pela pressão constante a que se encontra sujeito e que, com o tempo, poderá potenciar um qualquer comportamento suicidário (Moreira, 2008), constituindo-se as vítimas puras<sup>1</sup> como o grupo que reporta maiores

---

<sup>1</sup> Para melhor compressão dos processos de vitimização em meio prisional, faz todo o sentido a repartição dos indivíduos que se envolvem em processos de vitimização em quatro grupos: agressores puros (apenas agrediram e nunca foram vitimizados), agressores/vítimas (tanto já foram agressores como vítimas), vítimas puras (vítimas que nunca foram agressores) e indivíduos não envolvidos em processos de vitimização (Ireland, 2001).

taxas de perturbação psicológica e comportamentos suicidários, principalmente entre os reclusos mais jovens (Viljoen *et al.*, 2005).

Seja qual for o tipo de vitimização experienciada pelo recluso (i.e., física, psicológica, sexual, económica ou social) a percepção de medo parece ser uma das maiores condições psicológicas a afectar a saúde daqueles que se encontram reclusos (McCorkle, 1993; Sykes, 1958). As vítimas puras parecem pertencer ao grupo de indivíduos que manifestaram maiores problemas ao nível do bem-estar psicológico. Os agressores puros e os reclusos não envolvidos em qualquer processo de vitimização parecem ser os grupos de reclusos que demonstram melhor saúde mental, comparativamente ao grupo dos agressores/vítimas e vítimas puras (Leddy & O'Connell, 2002) e, quantos mais incidentes de vitimização um recluso experiencia, mais a sua saúde mental e física se vê afectada negativamente. Por conseguinte, em ambiente prisional, reclusos que experienciam elevados níveis de medo, temendo pela sua segurança pessoal, reportam mais preocupações e problemas sobre o seu estado de saúde em geral, fazendo com que a violência em meio prisional se traduza num dos maiores preditores do estado de saúde em geral (física e psicológica) dos reclusos (Maitland & Sluder, 1996). Por exemplo, Power, Dyson e Wozniak (1997) verificaram que 42% dos reclusos da sua amostra ( $N=668$ ) reportaram explicitamente temerem pela sua segurança, com o grupo das vítimas puras e dos agressores/vítimas a reportarem significativamente mais respostas neste sentido do que o grupo dos agressores puros (i.e., agressores que nunca foram vítimas) ou mesmo o grupo dos reclusos que não se envolvem em qualquer processo de vitimização.

Os efeitos da vitimização e a tentativa de escape das vítimas ao comportamento predatório exercido pelos agressores pode variar e incluir o aumento das taxas de suicídio, tentativas de suicídio, para-suicídio, bem como consumo e tráfico de estupefacientes, fugas, não regresso de saída precária, pedidos de transferências, pedidos de protecção ao staff, aumento dos níveis de destruição da propriedade, etc. (Ireland, 2001; 2002; 2004; 2005; Viljoen *et al.*, 2005). Por exemplo, Blaauw, Winkel e Kerkhof (2001), ao compararem a relação entre vitimização e comportamentos suicidários entre reclusos, verificaram que em 34% dos ficheiros de reclusos que se suicidaram existia evidência que em certa forma tinham sido vitimizados. A vitimização, especialmente aquela mais gravosa, encontrava-se em reclusos mais vulneráveis e com comportamentos suicidários de maior gravidade. Os autores verificaram ainda que a diferentes tipos de agressores estavam associados diferentes tipos de vitimização que, por sua vez, se relacionavam com diferentes graus de risco suicida. De acordo com Ireland (1999), os efeitos da vitimização são bem mais nefastos na prisão do que entre a população geral, pois fugir de tal contexto é impossível, e o suporte recebido de pessoas significativas é limitado.

## Conclusões

Da multivariabilidade de factores de risco expostos nos parágrafos precedentes, é facilmente perceptível que a compreensão do fenómeno suicidário nas prisões desafia teorizações simplistas e que a multidimensionalidade do fenómeno em causa pode ser interpretada de múltiplos prismas. A constatação de que o contexto prisional constitui um meio altamente diferenciado da vida social extra-muros e que, cognitiva e comportamentalmente, os reclusos apresentam características distintas dos indivíduos não reclusos, catapultou vários teóricos na análise das características individuais e contextuais que influem a forma de pensar e de actuar peculiar dos indivíduos que se encontram reclusos, que acabou por ser denominada de subcultura prisional. Da análise da cultura prisional duas teorias acabaram por se afirmar, a teoria da *importação* e a teoria da *privação*.

A perspectiva da privação emana dos trabalhos tradicionais de Clemmer (1940), Sykes (1958) e Goffman (1961/2007) e encontra-se alicerçada em três fundamentos: 1º) A vida em reclusão é sinónimo de privação. Privação da liberdade (isolamento familiar e social), privação de bens e serviços, privação de relacionamentos heterossexuais, privação de autonomia com perda de status e privação da segurança pessoal (responsável pela internalização de insegurança e medo devido ao convívio com delinquentes); 2º) a privação dos direitos e necessidades humanas elementares é responsável por mal-estar físico, psicológico, emocional e social; e 3º) como forma de sobreviver, adaptar-se e recuperar a autoestima, os reclusos adoptam o código de conduta informal próprio da comunidade prisional, edificando numa cultura própria, a cultura prisional.

Desenvolvida em resposta ao modelo da privação, surge a teoria da importação. Segundo esta orientação teórica, a adaptação à vida em reclusão será moldada pelas experiências de socialização pré-prisão. O comportamento do recluso na prisão será o espelho dos valores, atitudes, crenças, normas sociais, regras e comportamentos adquiridos ainda em liberdade (Burrows, Brock, Hulley, Smith, & Summers, 2003; Camilleri *et al.*, 1999; Irwin, 1970; Irwin & Cressey, 1962; Hughes & Huby 2000, *cit. in* Viggiani, 2007).

Extrapolando as teorias da importação e da privação para os pensamentos e comportamentos suicidários em meio prisional, diríamos que as características inerentes ao contexto prisional são responsáveis pelo experienciar de inúmeros stressores, uns mais banais, outros mais traumáticos, podendo ambos desencadear um comportamento suicidário. No entanto, não podemos negligenciar os factores individuais importados para a instituição prisional como a prévia tentativa de suicídio, psicopatologia, acontecimentos de vida, idade, etc. (Moreira, 2008).

A teoria da privação aplicada aos comportamentos suicidários na prisão sugere que a combinação de eventos traumáticos inerentes ao contexto prisional sejam responsáveis pelos comportamentos suicidários em indivíduos relativamente estáveis (Burrows *et al.*, 2003). Como se pôde constatar, inúmeros estudos têm verificado que as taxas

de comportamentos suicidários em meio prisional são afectados pela vitimização, sobrelotação, trauma da perda da liberdade, isolamento disciplinar, etc.

Em oposição às teorias da privação, as teorias da importação sugerem que para percebermos a taxa elevada de suicídio nos estabelecimentos prisionais, teremos de comparar as taxas entre reclusos e indivíduos de características idênticas na população geral. Ou seja, teríamos de comparar a taxa de suicídios nos estabelecimentos prisionais apenas com um pequeno extracto dos indivíduos que vivem na população geral, com os indivíduos que cometem crimes, que são portadores das mesmas patologias físicas e psicológicas dos que se encontram encarcerados, que abusam ou dependem de substâncias, ou seja, com histórias de vida semelhantes aos que se encontram reclusos. De acordo com esta perspectiva, os comportamentos suicidários nas prisões seriam, nesse caso, o espelho da população delinquente e não do sistema prisional, importando para a prisão características que os tornam mais predispostos ao suicídio em meio prisional (Bouchard, Laishes, Moloughney, Daigle, & Wobeser, 2003).

Ambas as teorias se afiguram como válidas. De facto, indivíduos que enveredam por comportamentos suicidários antes de serem detidos constituem um grupo de risco quando reclusos. Contudo, parecem existir factores específicos nestas instituições que fazem com que os comportamentos suicidários em meio prisional sejam qualitativamente diferentes daqueles perpetuados entre a população em geral (Camilleri *et al.*, 1999). As causas enumeradas pela teoria da privação, de forma isolada, podem excepcionalmente ser causa do suicídio; contudo, é compreensível que, para alguém vulnerável ao suicídio possa constituir a última gota (Cox, Paulos, & McCain, 1984).

## CAPÍTULO IV

### OBJECTIVOS, HIPÓTESES E METODOLOGIA

---

## 4.1 Definição dos objectivos

O estudo dos factores de vulnerabilidade associados aos comportamentos suicidários e do impacto psicológico da vida em meio prisional sobre os mesmos tem sido amplamente investigado em diversos países ocidentais. Contudo, em Portugal, não há nenhum estudo de que haja registo que avalie o seu impacto ao nível do risco suicida. Assim sendo, a presente investigação procura debruçar-se sobre o impacto das fontes de stress e das predisposições ou vulnerabilidades individuais que exacerbam a ideação suicida em meio prisional.

Este estudo assenta em alguns objectivos que se passam a enumerar. Em primeiro lugar, procura-se determinar até que ponto algumas características individuais se constituem como factor de vulnerabilidade suicida na prisão. Para o efeito colocaram-se as seguintes questões:

- A idade em que o risco suicida se vê mais exacerbado não tem reunido consenso. Os estudos sobre suicídio consumado (Moreira, 1998) ou outros comportamentos autolesivos (Ivanoff *et al.*, 1996) têm revelado maior risco suicida tanto em reclusos mais jovens, como em reclusos com quarenta ou mais anos de idade (Blaauw *et al.*, 2005). Este estudo pretende identificar, ao nível dos reclusos em prisão preventiva, o grupo etário em que o risco suicida se encontra mais exacerbado (H1).
- Alguns estudos têm observado que os reclusos casados se encontram em menor risco suicida comparativamente a reclusos solteiros, divorciados ou viúvos (Joukamaa, 1997). Este estudo pretende identificar se existem diferenças significativas de risco suicida entre o grupo de reclusos que vive maritalmente e o grupo de reclusos que não vive maritalmente (H2).
- Tem sido apurado que reclusos detidos por crimes contra as pessoas, particularmente crimes violentos se encontram em maior risco suicida (Blaauw *et al.*, 2005; Moreira 1998). Deste modo, pode-se prever que os reclusos preventivos detidos por crimes contra as pessoas se encontram em maior risco suicida comparativamente a reclusos detidos por outros tipos de crimes (H3).
- De acordo com Blaauw e colaboradores (2005) e Moreira (1998), os reclusos reincidentes encontram-se em maior risco suicida comparativamente aos reclusos primários. Por outro lado, Hayes (2000) refere que os primários com pouco historial criminal se encontram em maior risco suicida. Este estudo procurará identificar, ao nível da carreira criminal (reincidência) quais os reclusos que se encontram em maior risco suicida (H4).
- O abuso ou dependência de substâncias tem sido identificado em várias análises como factor de risco acrescido para comportamentos suicidários (Correia, 2000; Goss *et al.*, 2002; Hayes, 2000; He *et al.*, 2001; Moreira, 2008). Pode-se prever, que reclusos que abusam ou dependem de substâncias no

período pré-reclusão se encontram em maior risco suicida do que reclusos que não abusam ou dependem de substâncias (H5).

- Vários estudos têm apontado como factor de risco para comportamentos suicidários na prisão o facto dos reclusos apresentarem história única ou recorrente de autolesão (Bonner, 1992; 2006; Moreira, 2008; Wichmann *et al.*, 2000). Pode-se antever, que reclusos que reportem ter enveredado por um qualquer tipo de comportamento autolesivo no passado ou durante o cumprimento da pena se encontrem em maior risco suicida comparativamente a reclusos que nunca enveredaram por comportamentos autolesivos (H6).
- A história de tratamento psiquiátrico constitui um dos factores de risco suicida mais exaustivamente relatados pela suicidologia (Bonner, 2006; Chapman *et al.*, 2005b). Desta forma, pode-se antever que reclusos com história de tratamento psiquiátrico no período pré-detenção se encontrem em maior risco suicida comparativamente a reclusos que não receberam tratamento psiquiátrico (H7).

Em segundo lugar, este estudo propõe-se identificar e compreender os factores de risco suicida associados ao stress experienciado durante a execução da pena, mais precisamente desde que o recluso é admitido até aos primeiros seis meses de reclusão. Como tal, operacionalizaram-se as seguintes questões:

- A entrada na prisão constitui uma das fases da execução da pena em que o risco suicida e a sintomatologia psicopatológica se vêm mais exacerbados (Danto, 1997; Frottier *et al.*, 2002; Hayes, 2000). A entrada na prisão encontra-se relacionada com níveis elevados de sintomatologia psicopatológica que tende a diminuir à medida que o recluso se adapta ao contexto prisional (Cooper, 1974; Reitzel & Harju, 2000; Zamble & Porporino, 1988). Será de supor que o risco suicida se correlacione positivamente com o grau de sintomatologia psicopatológica ao longo da execução da pena e que, ambos sejam mais elevados quando o recluso é admitido na prisão e vão diminuindo à medida que o recluso se adapta ao contexto prisional (H8).
- Têm sido identificados inúmeros factores de risco suicida para comportamentos suicidários ao longo da execução da pena. Sobrelotação, vitimização, isolamento disciplinar, e inúmeros microstressores podem aumentar consideravelmente o risco suicida entre reclusos. Como tal, pode-se prever que quanto maior o stress prisional reportado, maior será o risco suicida (H9).



## 4.2 Hipóteses

Baseados na revisão da literatura, os objectivos supramencionados permitem a formulação das seguintes hipóteses de trabalho (Tabela 3).

**Tabela 3 Hipóteses**

<b>Hipótese 1</b>	Não existe diferença significativa na idade entre os reclusos em risco suicida e os reclusos que não se encontram em risco suicida.
<b>Hipótese 2</b>	Não existe diferença significativa de risco suicida entre os reclusos que vivem maritalmente e os reclusos que não vivem maritalmente.
<b>Hipótese 3</b>	Os reclusos detidos por crimes contra as pessoas encontram-se em maior risco suicida do que os reclusos detidos por outros crimes.
<b>Hipótese 4</b>	Não existem diferenças significativas de risco suicida entre os reclusos reincidentes e os reclusos primários.
<b>Hipótese 5</b>	Os reclusos que abusam ou dependem de substâncias no período pré-reclusão manifestam maior risco suicida do que os reclusos que não abusam ou dependem de substâncias.
<b>Hipótese 6</b>	Os reclusos com história de autolesão no período pré-reclusão manifestam maior risco suicida do que reclusos sem história de autolesão.
<b>Hipótese 7</b>	Os reclusos com história de tratamento psiquiátrico encontram-se em maior risco suicida do que reclusos sem história de tratamento psiquiátrico.
<b>Hipótese 8</b>	Existe correlação positiva entre sintomatologia psicopatológica e risco suicida.
<b>Hipótese 9</b>	O risco suicida correlaciona-se positivamente com o stress prisional.

Para testar estas hipóteses realizou-se uma análise correlacional com reclusos admitidos num estabelecimento prisional para presos preventivos. Os sujeitos foram avaliados em dois momentos, durante a primeira semana de reclusão (1ª fase do estudo) e volvidos seis meses (2ª fase do estudo).

## 4.3 Participantes

A 1ª fase do estudo é constituída por uma amostra de 100 reclusos admitidos entre 7 de Abril e 7 de Junho de 2008 num estabelecimento prisional para presos preventivos da área metropolitana do Porto, que depois de terem sido constituídos arguidos com medida de coação de prisão preventiva, acederam participar voluntariamente neste estudo. Durante os dois meses em que teve lugar a recolha de dados da amostra foram admitidos 118 reclusos preventivos neste estabelecimento prisional. O rácio entre reclusos entrados ( $N= 118$ ) e os que acabaram por vir a fazer parte da amostra da 1ª fase da investigação ( $N= 100$ ) pode ser explicado por:

- 13 reclusos saíram em liberdade antes que fosse possível convidá-los a participar no estudo. Alguns destes reclusos saíram em liberdade no mesmo dia ou nos dias seguintes à sua detenção. A sua saída tão prematura relaciona-se com o tipo de pena a que foram condenados – multa – que paga, permite a restituição imediata à liberdade.

- Os reclusos foram seleccionados numa base voluntária. Neste sentido, 2 reclusos recusaram participar nesta investigação, alegadamente por não se sentirem capazes de responder às perguntas dos questionários. “Não estou com cabeça para isso”, “estou muito confuso para responder seja ao que for”.

- 1 recluso de 67 anos de idade, apesar de ter aceite participar no estudo não conseguiu completar os questionários. Depois de explicado o propósito do estudo, divagou pela injustiça do crime por que estava detido. Começou por descrever como decorreu o julgamento na sala de audiência e, mesmo interrompido e interpolado com perguntas do questionário, continuou a retórica sobre a sua vida, relatando as peripécias de sua vida como se o investigador conhecesse de antemão o seu quotidiano, pessoas, locais, etc.

- Um dos critérios implícitos à aplicabilidade dos instrumentos diz respeito à inteligibilidade por parte dos reclusos da língua portuguesa. 2 dos reclusos entrados tinham nacionalidade estrangeira e não falavam português, como tal, não foram incluídos nesta investigação.

A amostra referente à 2ª fase do estudo (i.e., sensivelmente seis meses após a admissão) contou apenas com a presença de 66 reclusos dos 100 pertencentes à 1ª fase, uma vez que 34 reclusos da amostra inicial saíram em liberdade ou foram transferidos de estabelecimento prisional no período que mediou entre as duas fases do estudo.

## ***4.4 Instrumentos***

### **Questionário de vulnerabilidades para comportamentos suicidários na prisão**

Este questionário foi construído propositadamente para este estudo, baseando-se no simples levantamento de dados sociodemográficos (idade, estado civil, escolaridade, profissão), criminais (tipo de crime, número de vezes detido) e de outros factores de risco suicida comumente identificados pela literatura suicidológica (abuso ou dependência de substâncias, história de autolesão, história de tratamento psiquiátrico).

### **Questionário de Ideação Suicida (QIS)**

A ocorrência de pensamentos suicidas foi avaliada através do Questionário de Ideação Suicida, versão portuguesa do Suicide Ideation Questionnaire (SIQ) traduzida e adaptada por Ferreira e Castela (1999). O QIS permite analisar a gravidade dos pensamentos suicidas em adolescentes e adultos, avaliando hierarquicamente os

pensamentos relativos ao suicídio entre pouco e muito graves. O QIS é constituído por 30 itens, para os quais, são disponibilizadas sete alternativas de resposta que avaliam a frequência de ocorrência de ideação suicida. O formato de resposta oscila entre «Nunca pensei nisto» (0), até «Quase todos os dias» (6). Para propósitos de pontuação, os 30 itens são pontuados de 0 a 6, numa direcção patológica, sendo que a pontuação máxima de 180 indicia cognições suicidas ocorrendo quase todos os dias. Ao nível da consistência interna, os estudos psicométricos efectuados na versão portuguesa (Ferreira & Castela, 1999) revelam um coeficiente alfa de Cronbach de 0.96 e correlação teste-reteste com intervalo de um mês entre as duas aplicações de 0.76. O QIS apresenta ainda correlação positiva significativa com o Inventário de Depressão de Beck (0.59,  $p < 0.001$ ) e correlação negativa e significativa com a Escala de Auto-estima de Rosenberg (-0.45,  $p < 0.001$ ).

### **Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)**

A sintomatologia psicopatológica foi avaliada através Inventário de Sintomas Psicopatológicos, versão portuguesa do Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982) traduzida e adaptada por Canavarro (1999). É um inventário de auto resposta com 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala tipo *Likert* que varia entre «Nunca» (0) a «Muitíssimas vezes» (4). O BSI avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo) e três índices globais, que constituem avaliações sumárias de perturbação emocional, representando aspectos diferentes de psicopatologia. (Índice Geral de Sintomas – IGS, Total de Sintomas Positivos – TSP e o Índice de Sintomas Positivos – ISP). Os estudos psicométricos efectuados na versão Portuguesa (Canavarro, 1999) revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de alfa que variam entre 0,72 para psicoticismo e 0,85 para depressão.

### **Inventário de Stress em Meio Prisional (ISMP)**

Este instrumento foi elaborado especificamente para este estudo, tendo sido baseado na revisão da literatura sobre stress em meio prisional. É um instrumento de auto-avaliação constituído por 30 itens que procura avaliar a intensidade do stress experienciado ao longo da execução da pena numa escala tipo *Likert* que varia entre 0 «Não senti nenhum stress» até 6 «Senti stress insuportável» (Anexo 1).

## ***4.5 Procedimentos***

Foi obtida autorização por parte da Direcção Geral dos Serviços Prisionais para a realização desta investigação. Depois deste procedimento, entrou-se em contacto com a direcção do estabelecimento prisional onde decorreu estudo no intuito de dar a conhecer os procedimentos a adoptar durante a investigação e tirar qualquer dúvida surgida sobre algum aspecto em particular da investigação.

Para a aplicação dos instrumentos e para a colecta de informação relevante foi solicitado:

- Um gabinete apropriado para a aplicação dos instrumentos;
- Indicação de um funcionário que disponibilizou acesso ao mapa diário dos reclusos admitidos;
- Indicação de um administrativo da secção de reclusos que facultou o acesso ao processo do recluso, permitindo a colecta dos dados referentes à situação criminal e sociodemográfica do recluso; e,
- Indicação de um funcionário do sector clínico que facultou acesso ao processo clínico do recluso.

Os reclusos admitidos foram contactados pessoalmente pelo investigador e convidados a participar no estudo. Os participantes foram informados do propósito da investigação, do tipo de informação recolhida, da natureza voluntária da sua participação, da inexistência de qualquer tipo de penalização pela não participação, dos objectivos e procedimentos do estudo, dos possíveis benefícios do estudo, do potencial desconforto emocional no preenchimento dos instrumentos, da inexistência de qualquer oferta monetária pela sua participação, do tempo necessário à aplicação dos instrumentos e que os dados recolhidos são confidenciais. Quando os reclusos se disponibilizaram participar, pediu-se para assinarem um consentimento informado.

Durante a 1ª fase da investigação (primeira semana de reclusão) procedeu-se à aplicação de três instrumentos, o Questionário de Vulnerabilidade para Comportamentos Suicidários na Prisão, o Questionário de Ideação Suicida (QIS) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Estes questionários permitiram o levantamento de factores de risco suicida relacionados com predisposições, avaliação do risco suicida e avaliação da sintomatologia psicopatológica durante os primeiros sete dias de reclusão.

O projecto inicial incluía a avaliação dos reclusos admitidos durante os três primeiros dias de reclusão. Contudo, foi necessário alterar o projecto inicialmente proposto porque os reclusos se encontravam muito debilitados. Como tal, resolveu-se alargar a aplicabilidade dos instrumentos aos reclusos entrados durante os primeiros sete dias de reclusão.

Efectivamente, vários reclusos, deram entrada no estabelecimento prisional extremamente debilitados física e mentalmente. Nas primeiras 72 de reclusão vários reclusos referiam que não entrariam no estudo porque “não estavam com cabeça para isso”, “estavam demasiado confusos para conseguir responder”. Dois não conseguiram sequer manter-se em pé enquanto esperavam pela aplicação dos questionários, outros, encontravam-se

completamente alheados da realidade. Alguns conseguiam responder aos questionários, mas de forma extremamente lentificada. Outros, encontravam-se tão debilitados que nem a higiene pessoal conseguiam manter.

Durante a 2ª fase do estudo (seis meses após a admissão) os reclusos que não saíram em liberdade foram novamente avaliados através do Questionário de Ideação Suicida (QIS) e do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), que permitiram observar se após seis meses de cumprimento da pena a ideação suicida e/ou a sintomatologia psicopatológica se viam exacerbadas ou diminuídas. Na 2ª fase, foi ainda passado o Inventário de Stress em Meio Prisional (ISMP) que permitiu avaliar a intensidade de stress experienciada pelos reclusos em meio prisional. Utilizou-se ainda um questionário estruturado que permitiu a recolha de dados sobre história de autolesão na prisão, ocupação, castigos disciplinares, consumo de drogas na prisão e tipo de alojamento.

CAPÍTULO V  
RESULTADOS

---

## 5.1 Apresentação descritiva dos resultados

### 5.1.1 Características sociodemográficas

#### 5.1.1.1 Idade

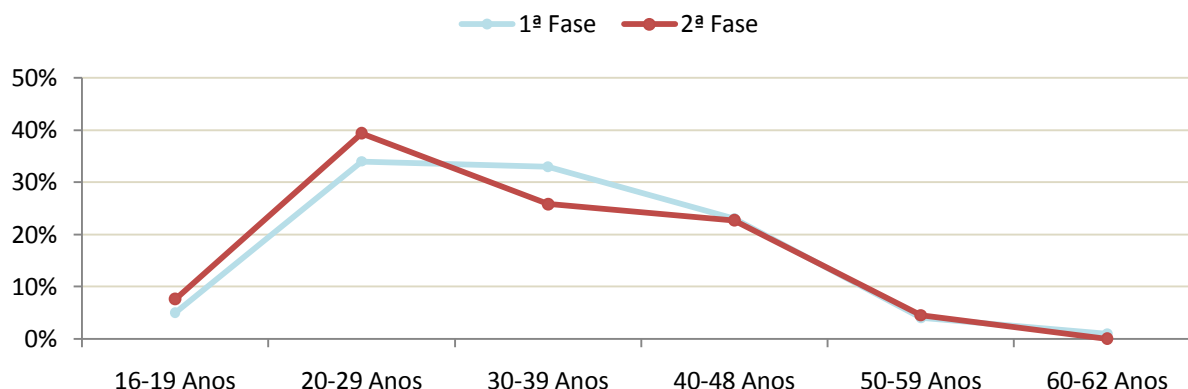
A idade dos reclusos admitidos durante a 1ª fase da investigação varia largamente entre o mínimo de 17 e o máximo de 62, com a média a situar-se nos 33.16 ( $SD= 9.53$ ) anos. Dos indivíduos que fazem parte da amostra, a maior parte ( $N= 72$ ; 72%) têm idades compreendidas entre os 16 e os 40 anos de idade. As classes etárias mais representativas da amostra situam-se entre os 20 e 29 anos de idade (34%) e 30 e 39 anos de idade (33%), caracterizando 67% da amostra. Não são contudo negligenciáveis os 23 reclusos com idades compreendidas entre os 40 e 49 anos de idade (Tabela 4).

**Tabela 4 Idade dos reclusos recém admitidos e após seis meses de cumprimento da pena**

Classe etária	1ª Fase da Investigação ( $N= 100$ )			2ª Fase da Investigação ( $N= 66$ )		
	Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada	Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada
20 aos 29	34	34.0	34.0	26	39.4	39.4
30 aos 39	33	33.0	67.0	17	25.8	65.2
40 aos 49	23	23.0	90.0	15	22.7	87.9
16 aos 19	5	5.0	95.0	5	7.6	95.5
50 aos 59	4	4.0	99.0	3	4.5	100.0
60 aos 62	1	1.0	100.0	0	0.0	100.0
Total	100	100.0		66	100.0	

Entre os 66 indivíduos que fazem parte da 2ª fase da investigação, tanto as classes etárias, como a média ( $M= 32.48$ ) e desvio padrão ( $SD= 9.56$ ) das idades mantiveram-se praticamente estáveis em relação à primeira fase da investigação. O Gráfico 1 permite observar que as amostras da primeira e segunda fase da investigação são praticamente uniformes relativamente à idade e classes etárias.

Efectivamente, através do Teste *t-student* para uma amostra, teste que permite analisar se uma média ou conjunto de médias assumem um determinado valor (Pestana & Gageiro, 2005), verificou-se, com uma probabilidade de erro de 1%, que a média de idades entre grupos da primeira ( $N= 100$ ) e segunda fase ( $N= 66$ ) da investigação não difere significativamente ( $t(65)= -0.574$ ,  $p= 0.568$ ).

**Gráfico 1 Uniformidade da distribuição amostral entre classes etárias da primeira e segunda fase da investigação**

### 5.1.1.2 Escolaridade

A Tabela 5 permite constatar que entre os 100 reclusos admitidos durante a 1ª fase da investigação nenhum frequentou o ensino superior, apenas 4 (4%) frequentaram o ensino secundário e 6 (6%) nunca frequentaram a escola. Como tal, a maior parte dos reclusos admitidos (90%) frequentaram apenas o primeiro (31%), segundo (35%) e terceiro (24%) ciclo do ensino básico. No que se refere à 2ª fase da investigação, os reclusos apresentaram níveis de escolaridade idênticos aos observados na primeira fase da investigação, embora se verifique um ligeiro aumento na percentagem de indivíduos que frequentaram apenas o 1º ciclo e os reclusos sem escolaridade deixem de se fazer representar. Utilizando o Teste de aderência do Qui-quadrado por simulação de *Monte Carlo*, aferiu-se, com uma probabilidade de erro tipo I ( $\alpha$ ) de 0.05, que a distribuição do número de casos em cada nível de escolaridade se mantém uniforme da 1ª para a 2ª fase da investigação ( $\chi^2(3) = 0.306$ ;  $p = 0.965$ ).

**Tabela 5 Nível de escolaridade dos reclusos recém admitidos e após seis meses de cumprimento da pena**

Escolaridade	1ª Fase da Investigação (N= 100)		2ª Fase da Investigação (N= 66)	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Sem escolaridade	6	6.0	0	0.0
1º Ciclo	37	37.0	25	37.9
2º Ciclo	35	35.0	22	33.3
3º Ciclo	24	24.0	17	25.8
Secundário	4	4.0	2	3.0
Total	100	100.0	66	100.0



### 5.1.1.3 Estado civil

Quase metade da amostra da 1ª fase da investigação é constituída por indivíduos solteiros (45%). Se a este grupo de indivíduos adicionarmos os divorciados (11%) e viúvos (2%), apuramos que no momento da admissão na prisão 58% dos reclusos não viviam maritalmente. No pólo oposto, a amostra constitui-se de 42% de indivíduos que à data da entrada na prisão viviam maritalmente, quer através do casamento (14%), quer através da união de facto (28%). Comparativamente à primeira fase da investigação, na 2ª fase verifica-se apenas um pequeno decréscimo no número de indivíduos em situação de união de facto, o que acaba por se reflectir no aumento amostral dos indivíduos que nunca viveram maritalmente (62.1%), comparativamente aos reclusos que continuam a viver maritalmente (37.9%) (Tabela 6). Com uma probabilidade de erro tipo I ( $\alpha$ ) de 0.05, o Teste de aderência do Qui-quadrado por simulação de *Monte Carlo*, permite afirmar que a distribuição do número de casos pelo estado civil se mantém uniforme da 1ª para a 2ª fase da investigação ( $\chi^2(4) = 1.269$ ;  $p = 0.873$ ).

**Tabela 6 Estado civil dos reclusos recém admitidos e após seis meses de cumprimento da pena**

Estado civil	1ª Fase da Investigação (N= 100)			2ª Fase da Investigação (N= 66)		
	Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada	Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada
Casado	14	14.0	14.0	10	15.2	15.2
União de facto	28	28.0	42.0	15	22.7	37.9
Divorciado	11	11.0	53.0	9	13.6	51.5
Solteiro	45	45.0	98.0	31	47.0	98.0
Viúvo	2	2.0	100.0	1	1.5	100.0
Total	100	100.0		66	100.0	

### 5.1.1.4 Profissão

Profissionalmente, a amostra revela ocupações compatíveis com o seu nível de escolaridade. Como tal, no período pré-reclusão a maior parte da amostra trabalhava na construção civil (23% na 1ª fase e 25% na 2ª fase) ou não tinha qualquer tipo de profissão (18% na 1ª fase e 21% na 2ª fase) revelando que, após seis meses de cumprimento da pena, não se verificam grandes alterações amostrais ao nível da ocupação profissional. Tanto na primeira como segunda fase da investigação, a restante amostra distribui-se homogeneamente por outras profissões de baixa qualificação: empregados fabris, da construção civil, da restauração, do comércio, agricultores, pescadores e vendedores. Entre as excepções representativas de maior qualificação encontramos apenas dois reclusos, um gerente de hotelaria e um delegado de informação médica.

## 5.1.2 Características criminais

### 5.1.2.1 Tipo de crime

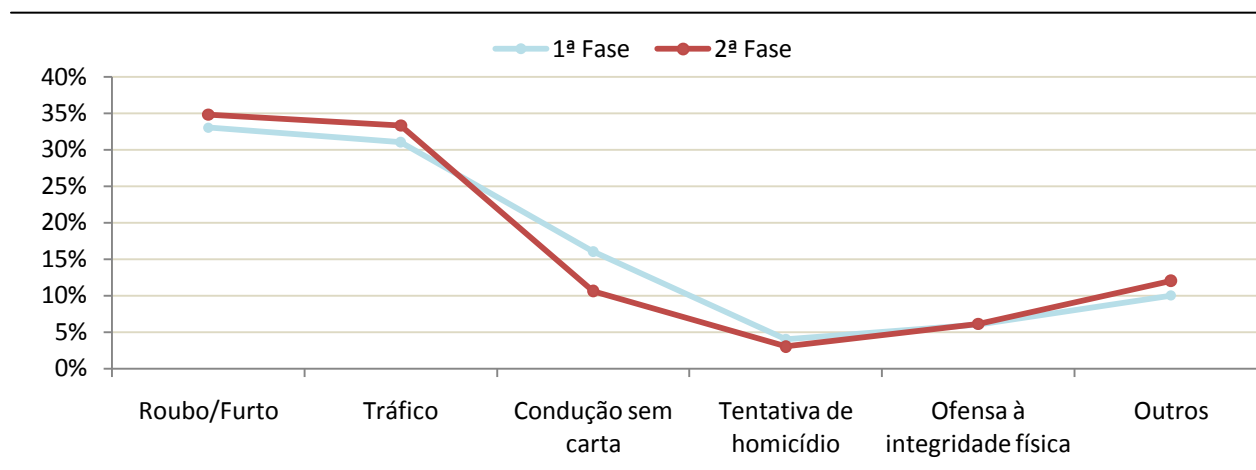
A maior parte da amostra da 1ª fase da investigação foi detida por crimes contra o património, nomeadamente furto ou roubo (33%) e crimes relativos ao tráfico de droga (31%). Salientam-se ainda 16% de reclusos que foram detidos pelo crime de condução de veículo sem habilitação legal e 10% por crimes contra as pessoas (6% ofensa à integridade física e 4% por tentativa de homicídio). Estes quatro tipos de crimes representam 90% da amostra, sendo que, os restantes se distribuem pela falsificação, burla e contra a realização da justiça. 3% dos reclusos viram revogadas as suas penas suspensas (Tabela 7).

**Tabela 7 Tipo de crime dos reclusos recém admitidos e após seis meses de cumprimento da pena**

Tipo de crime	1ª Fase da Investigação (N= 100)		2ª Fase da Investigação (N= 66)	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Roubo/Furto	33	33.0	23	34.8
Tráfico	31	31.0	22	33.3
Condução sem carta	16	16.0	7	10.6
Tentativa de homicídio	4	4.0	2	3.0
Ofensa à integridade física	6	6.0	4	6.1
Revogação perdão/pena suspensa	3	3.0	3	4.5
Burla	2	2.0	1	1.5
Falso testemunho	1	1.0	1	1.5
Sequestro	1	1.0	1	1.5
Falsificação documentos	1	1.0	1	1.5
Contrafacção de moeda	1	1.0	1	1.5
Cheque sem cobertura	1	1.0	0	0.0
Total	100	100.0	66	100.0

À excepção dos resultados relativos ao crime relacionado com a condução sem carta, que diminuiu praticamente um terço (16% para 10.6%), a 2ª fase da investigação não difere amostralmente em relação a primeira relativamente ao tipo de crime (Tabela 7). Observando o Gráfico 2 verifica-se que ambas as amostras são praticamente uniformes. Deveras, o Teste de aderência do Qui-quadrado por simulação de *Monte Carlo* permite afirmar, com uma probabilidade de erro tipo I ( $\alpha$ ) de 0.05, que a distribuição entre o número de casos incluídos em cada tipo de crime se mantém uniforme da 1ª para a 2ª fase da investigação ( $\chi^2(10) = 2.809$ ;  $p = 0.990$ ).

**Gráfico 2 Uniformidade da distribuição amostral do tipo de crime entre a primeira e segunda fase da investigação**



### 5.1.2.2 Número de detenções

Da amostra recolhida na 1ª fase da investigação, é possível constatar que o número de reclusos primários e reincidentes é praticamente idêntico. 51 entraram em contacto com a realidade prisional pela primeira vez na sua vida, enquanto os restantes 49 já conheciam o sistema prisional de prévias detenções.

**Tabela 8 Número de detenções dos reclusos recém admitidos e após seis meses de cumprimento da pena**

Detenções		1ª Fase da Investigação (N= 100)			2ª Fase da Investigação (N= 66)		
		Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada	Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada
Primários	1ª	51	51.0	51.0	33	50.0	50.0
	2ª	24	24.0	75.0	17	25.8	75.8
	3ª	11	11.0	86.0	7	10.6	86.4
	4ª	7	7.0	93.0	6	9.1	95.5
	5ª	4	4.0	97.0	2	3.0	98.5
Reincidentes	6ª	1	1.0	98.0	0	0.0	98.5
	7ª	1	1.0	99.0	1	1.5	100.0
	12ª	1	1.0	100.0	0	0.0	100.0
	Total	100	100.0		66		

Entre os reincidentes, a maior parte (N=24) encontram-se detidos pela segunda vez. Destacam-se ainda 11 detidos pela terceira vez, 7 pela quarta vez, 4 pela quinta vez, 1 pela sexta vez, 1 pela sétima vez e 1 caso de recidiva pela decima segunda vez. A diferença amostral entre a primeira e 2ª fase da investigação é praticamente nula. A Tabela 8 permite verificar que a percentagem acumulada na 2ª fase da investigação é idêntica entre

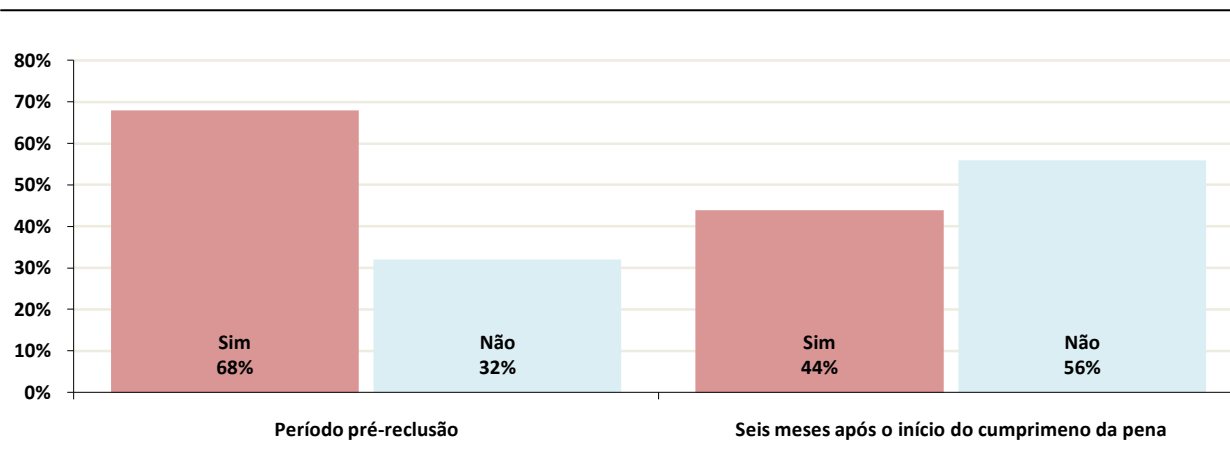
primários (50%) e reincidentes (50%). De facto, o Teste de aderência do Qui-quadrado por simulação de *Monte Carlo*, permite verificar, que com uma probabilidade de erro tipo I ( $\alpha$ ) de 0.05, que a distribuição do número de casos pelas classes de primários e reincidentes se mantém uniforme da 1ª para a 2ª fase da investigação ( $\chi^2(1) = 0.026$ ;  $p = 0.906$ ).

### 5.1.3 Abuso ou dependência de substâncias

No que se refere ao abuso ou dependência de substâncias (Gráfico 3), 68% dos 100 reclusos da amostra da 1ª fase da investigação reportaram consumir um qualquer tipo de substância no período pré-reclusão. Entre as substâncias mais comumente consumidas (Gráfico 4) antes dos reclusos serem detidos encontramos a heroína (47%), a cocaína (41%) e a cannabis (41%), sendo de realçar que 15% da amostra também reportou dependência de álcool.

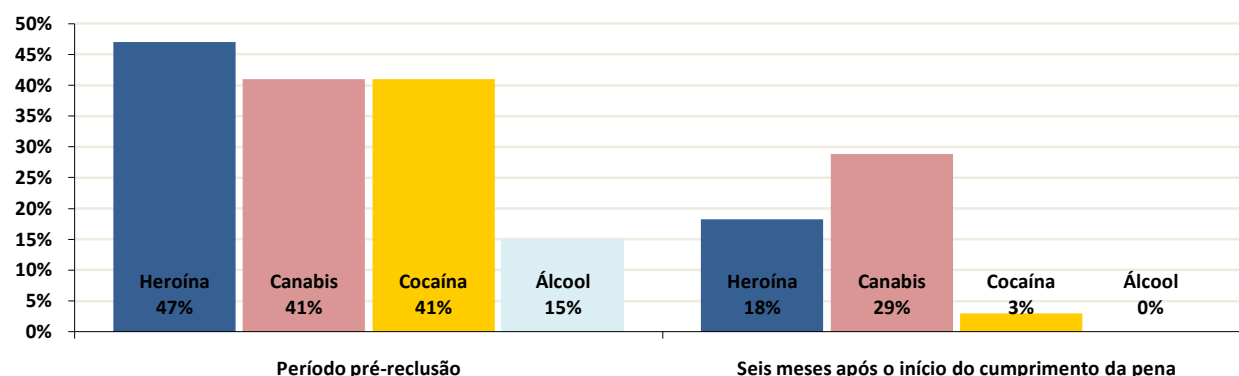
Após seis meses de reclusão (Gráfico 3), verifica-se decréscimo acentuado no abuso ou dependência de substâncias comparativamente ao período pré-reclusão. Dos 66 indivíduos que fazem parte da amostra da 2ª fase da investigação, 29 (44%) reportaram abusar ou depender de substâncias após seis meses do início do cumprimento da pena, o que denota um decréscimo de 24% no abuso ou dependência de substâncias.

**Gráfico 3** Abuso ou dependência de substâncias no período pré-reclusão e após seis meses de cumprimento da pena



No Gráfico 4, é possível observar uma mudança radical nos hábitos de consumo intramuros. Comparativamente ao consumo pré-reclusão, verifica-se decréscimo acentuado na utilização de heroína (18%;  $N = 12$ ), cocaína, (3%;  $N = 2$ ) e álcool, este, completamente erradicado no seu consumo, sendo que, o abuso e dependência de cannabis (29%;  $N = 19$ ) é aquele que menos decresce comparativamente ao período pré-reclusão.

**Gráfico 4 Tipos de substâncias consumidas no período pré-reclusão e durante os seis meses de cumprimento da pena**



### 5.1.4 História de autolesão

Dos 100 reclusos da amostra da 1ª fase da investigação, 16 reportaram ter enveredado no período pré-reclusão por um qualquer tipo de autolesão antes de serem admitidos no estabelecimento prisional. Dos 66 reclusos que fazem parte da 2ª fase da investigação, 6 (9.1%) referiram ter enveredado por comportamentos autolesivos durante a actual execução da pena (Tabela 9).

**Tabela 9 História de autolesão no período pré-reclusão e após seis meses de cumprimento da pena**

Autolesão	1ª Fase da investigação (N= 100)		2ª Fase da investigação (N= 66)	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Não	84	84,0	58	87.9
Sim	16	16,0	8	12.1
Total	100	100,0	66	100.0

Dos reclusos que reportaram ter enveredado por comportamentos autolesivos no período pré-reclusão, 8 (12.1%) ainda se encontravam detidos após seis meses de reclusão e 3 (37.5%) reportaram ter enveredado por comportamentos autolesivos durante o período que medeia a entrada na prisão e após seis meses de cumprimento da pena. Dos 58 reclusos que não enveredaram por qualquer comportamento autolesivo no período pré-reclusão, 3 (5.2%) fizeram-no pela primeira vez durante a execução da pena (Tabela 10).

**Tabela 10** Relação entre história de autolesão no período pré-reclusão e história de autolesão durante os primeiros seis meses de cumprimento da pena

			História de autolesão na prisão		
			Não	Sim	Total
História de autolesão no período pré-reclusão	Não	Contados	55	3	58
		Dentro de história de autolesão pré-reclusão (%)	94.8%	5.2%	100.0%
		Dentro de história de autolesão na prisão (%)	91.7%	50.0%	87.9%
	Sim	Contados	5	3	8
		Dentro de história de autolesão pré-reclusão (%)	62.5%	37.5%	100.0%
		Dentro de história de autolesão na prisão (%)	8.3%	50.0%	12.1%
Total	Contados	60	6	66	

Dos 6 reclusos que enveredaram por comportamentos autolesivos durante o cumprimento da pena, 5 reportaram terem como motivo colocar termo à vida, tendo utilizado para o efeito o enforcamento (4 em isolamento disciplinar, 1 numa cela individual). 1 recluso reportou ter queimado os olhos a meio da noite na sua camarata para não voltar a adormecer, pois estava a ter um pesadelo com a violação da sua irmã que tinha ocorrido na sua presença durante a sua infância (Tabela 11).

**Tabela 11** Incidência de comportamentos autolesivos ao longo dos primeiros seis meses de cumprimento da pena

Nº Reclusos	Local	Método	Motivo
4 Reclusos	Isolamento disciplinar	Enforcamento	Colocar termo à vida
1 Recluso	Cela individual	Enforcamento	Colocar termo à vida
1 Recluso	Camarata	Queimadura	Evitamento de pensamentos desagradáveis

### 5.1.5 História de tratamento psiquiátrico

A grande maioria dos reclusos ( $N=78$ ; 78%) da amostra da 1ª fase da investigação não recebeu qualquer tipo de tratamento psiquiátrico no período pré-detenção. Dos 22 reclusos que reportaram ter recebido tratamento psiquiátrico, 12 referiram que esse tratamento foi direccionado para as perturbações relacionadas com substâncias, 4 “para os nervos”, 2 para a psicose, 2 para a depressão, 1 para a dissociação e 1 desconhecia por completo a razão do tratamento recebido (Tabela 12).

**Tabela 12 História de tratamento psiquiátrico no período pré-reclusão**

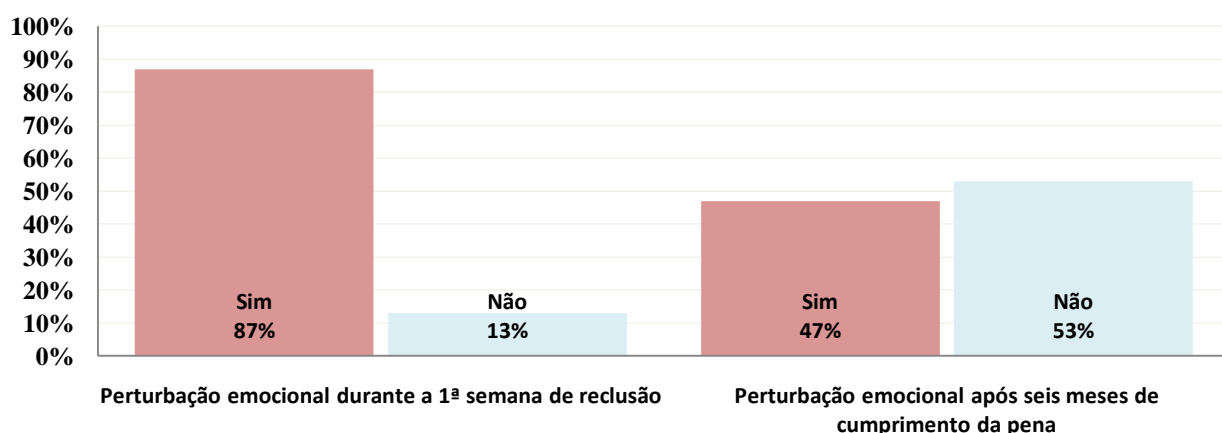
	Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada
Nenhum	78	78.0	78.0
Perturbações Relacionadas com Substâncias	12	12.0	90.0
Depressão	2	2.0	92.0
Desconhecido	1	1.0	93.0
Psicose	2	2.0	95.0
Nervos	4	4.0	99.0
Dissociação	1	1.0	100.0
Total	100	100.0	

### 5.1.6 Sintomatologia psicopatológica

Tendo por base o valor do ponto de corte (Índice de Sintomas Positivos 1.7) do BSI para a população portuguesa (Canavarro, 1999), na 1ª fase deste estudo é possível categorizar 87 (87%) dos 100 reclusos da amostra como perturbados emocionalmente, ou seja, demonstrando valores clinicamente significativos para sintomatologia psicopatológica durante a primeira semana de reclusão. Como tal, apenas 13 (13%) não demonstraram valores clinicamente significativos para perturbação emocional. Na 2ª fase deste estudo, ou seja, depois de cumpridos seis meses de pena, verificou-se uma diminuição considerável na percentagem de indivíduos com sintomatologia psicopatológica relativamente à analisada durante a primeira semana de reclusão. Dos 66 reclusos que responderam ao BSI após seis meses de cumprimento da pena, apenas 47% ( $N= 31$ ) cotaram para perturbação emocional, ou seja, verificou-se uma diminuição de 40% entre as duas fases da investigação (Gráfico 5). Estes dados sugerem que a sintomatologia psicopatológica, avaliada pelo BSI seja mais elevada durante a entrada na prisão, tendendo a diminuir consideravelmente ao longo da execução da pena. Para se estimar se a diminuição da perturbação emocional avaliada durante a primeira semana de reclusão (1ª fase) e após seis meses de reclusão (2ª fase) é estatisticamente significativa, recorreu-se ao Teste *t-student* para amostras emparelhadas, considerando-se estatisticamente significativas as diferenças entre médias cujo *p-value* seja inferior ou igual a 0.05.

Da análise, observou-se uma diminuição estatisticamente significativa ( $t(65) = 7.264$ ,  $p= 0.000$ ) entre os níveis de perturbação emocional avaliados durante a primeira fase de reclusão ( $M= 55.52$ ;  $SD= 23.749$ ;  $SEM= 2.923$ ) e após seis meses de cumprimento da pena ( $M= 36.98$ ;  $SD= 20.133$ ;  $SEM= 2.478$ ).

**Gráfico 5 Avaliação da perturbação emocional durante a primeira semana de reclusão e após seis meses de cumprimento da pena**



Na Tabela 13 encontram-se os resultados relativos aos sintomas psicopatológicos avaliados pelo BSI durante a primeira semana de reclusão e após seis meses de cumprimento da pena por referência à população geral e clínica encontrada por Canavarro (1999).

É possível constatar que os 100 reclusos da 1ª fase da investigação apresentam valores médios dos índices de sintomas, bem como da maior parte das dimensões de psicopatologia superiores aos da população geral e inferiores à população clínica perturbada emocionalmente encontrada por Canavarro, com excepção das dimensões somatização, obsessão-compulsão e sensibilidade interpessoal que se revelaram menores entre a população reclusa comparativamente à população geral. A ideação paranóide foi a única dimensão que demonstrou *scores* mais elevados entre reclusos, comparativamente à população clínica.

Após seis meses de reclusão (2ª fase) verificou-se uma diminuição substancial nos valores médios dos índices de sintomas e das dimensões de psicopatologia avaliadas pelo BSI. No que se refere às dimensões psicopatológicas, apenas o psicoticismo, ideação paranóide e, de forma ligeira, a depressão, se revelaram acima das encontradas por Canavarro (1999) para a população geral. A ansiedade foi a dimensão que mais viu os *scores* diminuídos comparativamente à primeira semana de reclusão. Nesta fase da investigação ambos os índices do BSI viram os seus valores médios diminuir, embora o índice de sintomas positivos continue mais elevado comparativamente à população geral (Tabela 13).



**Tabela 13 Avaliação dos sintomas psicopatológicos durante a primeira semana de reclusão (1ª fase) e após seis meses de cumprimento da pena (2ª fase), por referência à população geral e clínica**

Escala	População Reclusa 1ª Fase		População Reclusa 2ª Fase		População Clínica		População Geral	
	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão
Somatização	.478	.475	.249	.441	1.355	1.004	.573	.91
Depressão	1.234	.786	.912	.672	1.828	1.051	.893	.722
Hostilidade	1.266	.873	.730	.577	1.411	0.904	.894	.784
Ansiedade	1.298	.616	.535	.416	1.753	0.940	.94	.77
Ansiedade Fóbica	.518	.378	.176	.221	1.020	0.929	.418	.663
Psicoticismo	1.020	.693	.873	.611	1.403	0.825	.668	.614
Ideação Paranóide	1.676	.618	1.373	.564	1.532	0.850	1.063	.789
Obsessão-Compulsão	.889	.585	.662	.551	1.925	0.925	1.290	.878
Sensibilidade Interpessoal	.947	.769	.818	.677	1.597	1.033	.958	.727
Índice Geral de Sintomas	1.051	.459	.706	.380	1.143	0.705	.835	.480
Total de Sintomas Positivos	26.69	8.944	20.83	8.441	37.349	12.166	26.993	11.724
Índice de Sintomas Positivos	2.040	.346	1.744	.327	2.111	0.595	1.561	.385

Analisando descritivamente as frequências mais relevantes ao nível da sintomatologia psicopatológica (Tabela 14) do BSI, constata-se que o tipo de sintomatologia psicopatológica mais experienciada pelos reclusos durante a primeira semana de reclusão pode ser resumida da seguinte forma: Os reclusos reportaram que muitíssimas vezes não confiam na maior parte das pessoas (18%), se sentem tristes (25%), que se deixassem, os outros se aproveitariam de si (21%), sentem-se nervosos (13%), tensos e aflitos (13%), incapazes de adormecer (20%), sozinhos (16%) e têm vontade de destruir ou partir coisas (14%).

**Tabela 14 Sintomatologia psicopatológica comumente experienciada pelos reclusos durante a primeira semana de reclusão**

	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Total
Sentir que não pode confiar na maior parte das pessoas	18.0	43.0	24.0	85.0
Sentir-se triste	25.0	31.0	28.0	84.0
A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	21.0	40.0	23.0	84.0
Nervosismo ou tensão interior	13.0	29.0	41.0	83.0
Sentir-se em estado de tensão ou aflição	13.0	29.0	40.0	82.0
Dificuldade em adormecer	20.0	25.0	23.0	68.0
Sentir-se sozinho	16.0	25.0	26.0	67.0
Ter vontade de destruir ou partir coisas	14.0	20.0	24.0	58.0

No que se refere à análise descritiva dos itens mais cotados pelo BSI, após seis meses de reclusão, observa-se diminuição dos sentimentos de ansiedade. Por outro lado, após seis meses de reclusão, constata-se que os sentimentos de revolta e raiva vão sendo substituídos por maior consciencialização em relação ao crime cometido, exacerbando sentimentos de culpa e de auto-punição (Tabela 15).

Assim sendo, a Tabela 15 permite constatar que após seis meses de reclusão os reclusos reportam que não podem confiar nas outras pessoas (48.5% muitas vezes; 13.6% muitíssimas vezes), que se deixassem, as outras pessoas se aproveitariam de si (45.5% muitas vezes; 6.1% muitíssimas vezes), têm ideia que deviam ser castigados por seus pecados (19.7% muitas vezes; 3% muitíssimas vezes), sentem-se culpados (16.7% muitas vezes; 1.5% muitíssimas vezes), tristes (13.6% muitas vezes; 3% muitíssimas vezes), sozinhos (10.6% muitas vezes; 1.5% muitíssimas vezes), nervosos e tensos (6.1% muitas vezes; 1.5% muitíssimas vezes) e sozinhos, apesar de rodeados por outras pessoas (9.1% muitas vezes; 1.5% muitíssimas vezes).

**Tabela 15 Sintomatologia psicopatológica comumente experienciada pelos reclusos após seis meses de cumprimento da pena**

	Muitíssimas Vezez	Muitas Vezez	Algumas Vezez	Total
Sentir que não pode confiar na maior parte das pessoas	13.6	48.5	25.8	87.9
A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	6.1	45.5	27.3	78,9
Ter ideia de que devia ser castigado(a) pelos seus pecados	3.0	19.7	43.9	66.1
Ter sentimentos de culpa	1.5	16.7	47.0	65.2
Sentir-se triste	3.0	13.6	48.5	65.1
Sentir-se sozinho	1.5	10.6	34.8	46.9
Nervosismo ou tensão interior	1.5	6.1	31.8	39.4
Sentir-se sozinho mesmo quando está com outras pessoas	1.5	9.1	28.8	39.4

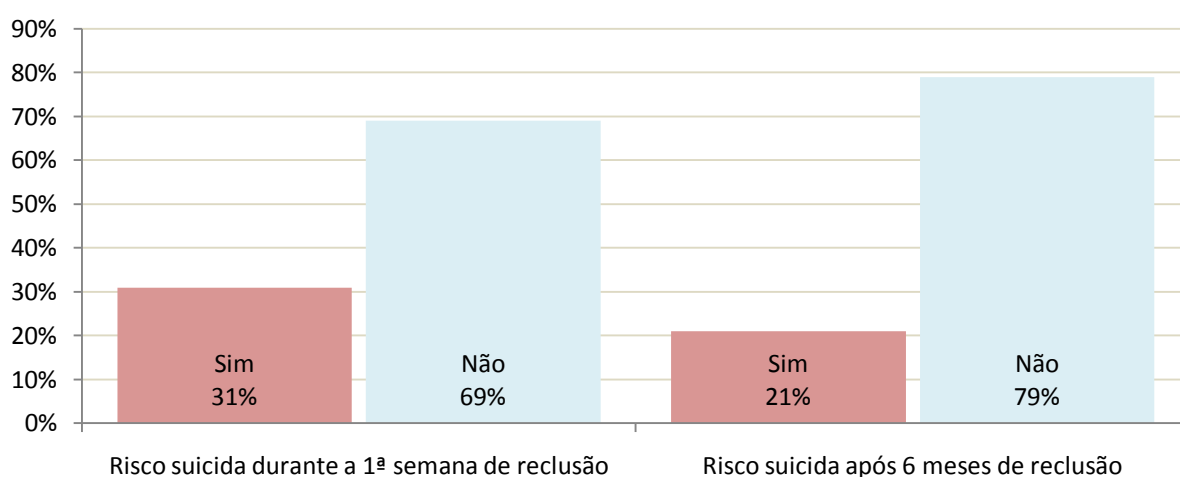
Em suma, alguns itens aparentam caracterizar a população reclusa no início da execução da pena e outros após seis meses de cumprimento da pena. Por exemplo, a tristeza, a solidão, o nervosismo, a aflição e tensão interior, itens relacionados com a depressão e ansiedade, encontram-se mais exacerbados no início da execução da pena tendendo a diminuir após seis meses de reclusão.

### 5.1.7 Ideação suicida

Para a interpretação dos resultados do Questionário de Ideação Suicida, utilizou-se o *score* 41 como ponto de corte para a discriminação dos reclusos em potencial risco suicida. Tendo este valor como referência, dos 100 reclusos que fazem parte da 1ª fase da investigação, 31 cotaram para risco suicida. Na 2ª fase da investigação

apenas 14 (21%) reclusos cotaram para risco suicida, verificando-se uma diminuição de 10% na percentagem de indivíduos em risco suicida (Gráfico 6). Apesar desta redução, recorrendo-se ao Teste *t-student* para amostras emparelhadas e considerando-se estatisticamente significativas as diferenças entre médias cujo *p-value* seja inferior ou igual a 0.05, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $t(65) = 0.350$ ,  $p = 0.728$ ) entre os níveis de ideação suicida observados durante a primeira semana de reclusão ( $M = 24.71$ ;  $SD = 27.80$ ;  $SEM = 3.269$ ) e após seis meses de cumprimento da pena ( $M = 21.30$ ;  $SD = 28.16$ ;  $SEM = 3.466$ ).

**Gráfico 6 Avaliação do risco suicida durante a primeira semana de reclusão e após seis meses de cumprimento da pena**



Analisando o risco suicida da população reclusa durante a primeira semana de reclusão e após seis meses de cumprimento da pena por referência à população geral adulta avaliada por Ferreira e Castela (1999), verifica-se que tanto a média global como o desvio padrão dos *scores* médios de ideação suicida observados na primeira ( $M = 24.71$ ;  $SD = 27.80$ ) e segunda fase ( $M = 21.30$ ;  $SD = 28.16$ ) da investigação são mais elevados comparativamente à média de 13.86 e desvio padrão de 17.81 observados na população geral masculina adulta (Tabela 16). Utilizando o Teste *t-student* para uma amostra e considerando estatisticamente significativas as diferenças entre médias cujo *p-value* do teste seja inferior ou igual a 0.05, verifica-se que, comparativamente aos *scores* médios encontrados na população geral adulta masculina, tanto as diferenças encontradas na primeira ( $t(99) = 3.903$ ,  $p = 0.000$ ) como segunda fase ( $t(65) = 2.148$ ,  $p = 0.036$ ) da investigação são estatisticamente significativos.

**Tabela 16 Média e desvio padrão dos scores do QIS durante a primeira semana de reclusão e após seis meses de cumprimento da pena, por referência à população geral adulta**

	Média	Desvio Padrão
1ª Fase da investigação (primeira semana de reclusão)	24.71	27.80
2ª Fase da investigação (após seis meses de cumprimento da pena)	21.30	28.16
População geral masculina adulta	13.86	17.81

Observando os itens mais cotados do QIS (Tabela 17) durante a primeira semana de reclusão, verifica-se que os reclusos em risco suicida pensam «sempre» que seria melhor não estarem vivos (12.9%), no desejo de estarem mortos (16.1%), na morte (16.1%), que as suas vidas não valem a pena (6.5%), que mais valia não terem nascido (16.1%), que suas vidas são muito miseráveis para continuarem a ser vividas (6.5%), que se as coisas não melhorarem pensam em acabar com a vida (6.5%), que seria fácil acabarem com tudo através do suicídio (9.7%), que desejariam ter coragem para colocar termo à vida (6.5%) e em suicidarem-se (12.9%).

**Tabela 17 Itens do QIS mais relevantemente experienciados pelos reclusos em risco suicida durante a primeira semana de reclusão e após seis meses de cumprimento da pena**

	1ª Fase				2ª Fase			
	Sempre	Quase Sempre	Frequentemente	Total	Sempre	Quase Sempre	Frequentemente	Total
Item 01 - Pensei que seria melhor não estar vivo	12.9	29.0	12.9	54.8	0.0	21.4	35.7	57.1
Item 12 - Desejei estar morto(a)	16.1	16.1	19.4	51.6	14.3	28.6	14.3	57.2
Item 06 - Pensei na morte	16.1	3.2	29.0	48.3	7.1	21.4	7.1	35.6
Item 22 - Pensei que a vida não valia a pena	6.5	9.7	25.8	42.0	28.6	21.4	21.4	71.4
Item 17 - Desejei nunca ter nascido	16.1	9.7	16.1	41.9	7.1	35.7	14.3	57.1
Item 23 - Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar	6.5	12.9	19.4	38.8	21.4	14.3	21.4	57.1
Item 29 - Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia	6.5	19.4	12.9	38.8	7.1	14.3	21.4	42.8
Item 13 - Pensei em como seria fácil acabar com tudo	9.7	9.7	16.1	35.5	0.0	21.4	14.3	35.7
Item 16 - Desejei ter coragem para me matar	6.5	6.5	19.4	32.4	0.0	14.3	21.4	35.7
Item 02 - Pensei suicidar-me	12.9	6.5	12.9	32.3	0.0	14.3	14.3	28.6

Após seis meses de reclusão, à excepção dos itens 22 e 23 que aumentaram consideravelmente as suas cotações verificou-se diminuição considerável das ideias suicidas cotadas como «sempre», passando as ideias suicidas a serem cotadas normalmente como «quase sempre». Assim, nesta fase da investigação, os reclusos reportaram que a vida não valia a pena (21.4% quase sempre; 28.6% sempre), que desejavam estar mortos (28.6%

quase sempre; 14.3% sempre), nunca ter nascido (35.7% quase sempre; 7.1% sempre), que a vida era muito miserável para continuar a ser vivida (14.3% quase sempre; 21.4% sempre), pensam na morte (21.4% quase sempre; 7.1% sempre), que seria melhor não estarem vivos (21.4% quase sempre), que seria fácil acabarem com tudo (21.4% quase sempre) que se as coisas não melhorassem matar-se-iam (14.3% quase sempre; 7.1% sempre), pensam em suicidarem-se (14.3% quase sempre) e que desejariam ter coragem para se matarem (14.3% quase sempre) (Tabela 17).

### 5.1.8 Stress prisional

Através do Inventário de Stress em Meio Prisional, fez-se o levantamento dos stressores comumente experienciados pelos reclusos em meio prisional. Analisando a Tabela 18 constatou-se que entre os stressores comumente reportados pela totalidade dos reclusos que participaram na 2ª fase da investigação se encontram praticamente todo o tipo de fontes de stress, desde a sobrelotação, processo legal, isolamento, vitimização etc. Os itens mais cotados referiram-se às datas festivas, à dificuldade dos reclusos em serem atendidos pelo médico, ao facto de se encontrarem afastados dos familiares e amigos, à incerteza de em quantos anos se fixarão suas penas, às circunstância relacionadas com os assaltos entre a população reclusa, ao barulho, à tensão inerente ao aproximar da leitura da sentença ou acórdão, à falta de visita, à monotonia da vida em meio prisional e ao exacerbar de sentimentos de culpa pela consciencialização do crime cometido.

**Tabela 18 Stress experienciado pela globalidade da amostra após seis meses de cumprimento da pena**

	Stress Insuportável	Stress Muito Elevado	Stress Elevado	Total
Item 28 - Festas de aniversário, de Natal, a Páscoa	25.8	48.5	18.2	92.5
Item 04 - Sinto-me afastado da minha família e dos meus amigos	22.7	42.4	22.7	87.8
Item 16 - Dificuldade em ser atendido pelo médico	33.3	37.9	12.1	83.3
Item 07 - Aproximação da data da sentença	24.2	30.3	27.3	81.8
Item 18 - Existem muitos assaltos entre reclusos nesta prisão	15.2	43.9	21.2	80.3
Item 06 - Incerteza de qual será a minha pena (quantos anos)	33.3	31.8	13.6	78.7
Item 24 - Falta de visita, pouco contacto com pessoas do exterior	10.6	45.5	18.2	74.3
Item 09 - Os outros reclusos fazem muito barulho	24.2	36.4	12.1	72.7
Item 17 - Existem poucas actividades para me distrair	19.7	21.2	25.8	66.7
Item 29 - Sinto culpa pelo crime que cometi	12.1	37.9	16.7	66.7

Observando a Tabela 19, verifica-se que os reclusos em risco suicida reportam essencialmente os mesmos tipos de stressores que a generalidade da restante amostra. No entanto, a intensidade do stress experienciado varia consideravelmente, com os reclusos em risco suicida a reportam mais stress insuportável e stress muito elevado para os mesmos tipos de stressores.

**Tabela 19 Stress experienciado pelos reclusos em risco suicida após seis meses de cumprimento da pena**

	Stress Insuportável	Stress Muito Elevado	Stress Elevado	Total
Item 07 - Aproximação da data da sentença	42.9	28.6	28.6	100.1
Item 28 - Festas de aniversário, de Natal, a Páscoa	35.7	64.3	0.0	100.0
Item 06 - Incerteza de qual será a minha pena (quantos anos)	50.0	28.6	21.4	100.0
Item 16 - Dificuldade em ser atendido pelo médico	35.7	50.0	14.3	100.0
Item 09 - Os outros reclusos fazem muito barulho	42.9	35.7	14.3	92.9

Naturalmente, o tipo de stress experienciado em meio prisional varia largamente de acordo com o tipo de conduta adoptada pelos reclusos em meio prisional. Por exemplo, na Tabela 20 verifica-se que 15.2% dos reclusos que cumpriram medidas disciplinares durante os primeiros seis meses de reclusão reportam que o facto de estarem ou de pensarem em ir para isolamento disciplinar lhes provoca stress insuportável (12.1% muito elevado; 10.6% elevado). De forma idêntica, entre os reclusos que reportaram abuso ou dependência de substâncias durante os primeiros seis meses de cumprimento da pena (Tabela 21), 20.7% reportaram que o facto de existirem assaltos na prisão lhe causava stress insuportável (48.3% muito elevado; 6.9% elevado).

**Tabela 20 Stress experienciado pelos reclusos que cumpriram medidas disciplinares durante os primeiros seis meses de cumprimento da pena**

	Stress Insuportável	Stress Muito Elevado	Stress Elevado	Total
Item 28 - Festas de aniversário, de Natal, a Páscoa	25.8	48.5	18.2	92.5
Item 04 - Sinto-me afastado da minha família e dos meus amigos	22.7	42.4	22.7	87.8
Item 16 - Dificuldade em ser atendido pelo médico	33.3	37.9	12.1	83.3
Item 06 - Incerteza de qual será a minha pena (quantos anos)	33.3	31.8	13.6	78.7
Item 15 - Estar (pensar ir) em isolamento disciplinar	15.2	12.1	10.6	37.9

**Tabela 21 Stress experienciado pelos reclusos que abusam ou dependem de substâncias durante os primeiros seis meses de cumprimento da pena**

	Stress Insuportável	Stress Muito Elevado	Stress Elevado	Total
Item 28 - Festas de aniversário, de Natal, a Páscoa	31.0	48.3	13.8	93.1
Item 16 - Dificuldade em ser atendido pelo médico	44.8	37.9	10.3	93.0
Item 18 - Existem muitos assaltos entre reclusos nesta prisão	20.7	48.3	6.9	75.9
Item 06 - Incerteza de qual será a minha pena (quantos anos)	51.7	10.3	13.8	75.8
Item 09 - Os outros reclusos fazem muito barulho	27.6	37.9	17.2	66.7

Em suma, as festas de aniversário, de Natal ou a Páscoa são o stressor mais reportado entre os reclusos da nossa amostra. Na sua globalidade, os reclusos em risco suicida constituem

o grupo de reclusos que experienciam mais stress dentro da prisão, com os itens referentes ao processo judicial, as alturas festivas e a dificuldade em ser atendido pelo médico a demonstrarem afectar consideravelmente o bem-estar destes reclusos.

## 5.2 Análise Inferencial

### 5.2.1 Vulnerabilidade vs. Risco suicida

#### 5.2.1.1 Idade vs. Risco suicida

---

<b>Hipótese 1</b>	Não existe diferença significativa na idade entre os reclusos em risco suicida e os reclusos que não se encontram em risco suicida.
-------------------	---

---

A significância da diferença de idades médias entre os reclusos em risco suicida e os reclusos que não se encontram em risco suicida foi avaliada com o Teste *t-student* para amostras independentes, teste para duas amostras independentes que permite comparar as médias de dois grupos diferentes de sujeitos nas mesmas variáveis (Pestana & Gageiro, 2005). Consideram-se estatisticamente significativas as diferenças entre médias cujo *p-value* do teste seja inferior ou igual a 0.05.

Na 1ª fase da investigação constatou-se que os reclusos em risco suicida apresentam em média ( $M=33.65$ ;  $SD=8.23$ ) idades ligeiramente superiores comparativamente aos reclusos que não se encontram em risco suicida ( $M=32.94$ ;  $SD=10.12$ ), não se verificando, diferenças estatisticamente significativas ( $t(98) = 0.340$ ,  $p=0.735$ ) entre os dois grupos. Na 2ª fase da investigação observou-se que os reclusos em risco suicida apresentam em média ( $M=32.14$ ;  $SD=7.80$ ) idades semelhantes aos reclusos que não se encontram em risco suicida ( $M=32.58$ ;  $SD=10.04$ ). Como tal, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $t(64) = 0.150$ ,  $p=0.881$ ) entre os dois grupos.

Na Tabela 22 é possível observar que a classe etária com maior número de indivíduos em risco suicida durante a 1ª fase da investigação se situa entre os 30 e 39 anos de idade. Contudo, o Teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, alternativa ao teste da análise de variância entre grupos quando os pressupostos deste não estão assegurados (Pestana & Gageiro, 2005), permite afirmar, com uma probabilidade de erro de 0.05 que não existem diferenças significativas ( $\chi^2_{KW}(5) = 4.636$ ,  $p=0.462$ ) de ideação suicida entre as diferentes classes etárias.

Na 2ª fase da investigação a tendência de ideação suicida mediante a classe etária manteve-se idêntica à primeira, não se verificando igualmente diferenças significativas ( $\chi^2_{KW}(4) = 1.811$ ,  $p=0.770$ ) entre os níveis de ideação suicida das diversas classes etárias.



Para se analisar se a incidência de risco suicida durante a 1ª fase da investigação é dependente de idade igual ou superior a 40 anos recorreu-se ao Teste de *Fisher*, considerando-se uma probabilidade de erro de 0.05 em todas as análises inferenciais.

Da análise, observou-se que na 1ª fase da investigação existe maior número de reclusos em risco suicida no grupo com idades inferiores a quarenta anos de idade ( $N= 24$ ), comparativamente ao grupo de reclusos com idades iguais ou superiores a quarenta anos de idade ( $N= 7$ ). Contudo, a análise estatística inferencial (*Fisher*= 0.478) permite afirmar que a incidência da ideação suicida não se encontra dependente de idade igual ou superior a quarenta anos de idade.

**Tabela 22 Relação entre risco suicida e classe etária durante a primeira semana de reclusão**

			Classe etária						
			16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-62	Total
Risco Suicida	Não	Contados	5	24	19	18	2	1	69
		Esperados	3.4	23.5	22.8	15.9	2.8	.7	69.0
		Dentro de risco suicida (%)	7.2%	34.8%	27.5%	26.1%	2.9%	1.4%	100.0%
		Dentro de classe etária (%)	100.0%	70.6%	57.6%	78.3%	50.0%	100.0%	69.0%
	Sim	Contados	0	10	14	5	2	0	31
		Esperados	1.6	10.5	10.2	7.1	1.2	.3	31.0
		Dentro de risco suicida (%)	.0%	32.3%	45.2%	16.1%	6.5%	.0%	100.0%
		Dentro de classe etária (%)	.0%	29.4%	42.4%	21.7%	50.0%	.0%	31.0%
		Total	5	34	33	23	4	1	100

Tal como na primeira fase da investigação, na 2ª fase observou-se maior número de casos de reclusos em risco suicida no grupo com idades inferiores a quarenta anos de idade ( $N= 11$ ), comparativamente ao grupo de reclusos com idades iguais ou superiores a quarenta anos de idade ( $N= 3$ ). Porém, a análise estatística inferencial (*Fisher* = 0.741) permite afirmar que a incidência da ideação suicida não se encontra dependente de idade igual ou superior a quarenta anos de idade.

### 5.2.1.2 Estado civil vs. Risco suicida

<b>Hipótese 2</b>	Não existe diferença significativa de risco suicida entre os reclusos que vivem maritalmente e os reclusos que não vivem maritalmente.
-------------------	--

Através do Teste *t-student* para amostras independentes e com uma probabilidade de erro de 0.05, verificou-se que na 1ª fase da investigação, apesar dos *scores* médios de ideação suicida serem mais elevados entre

os reclusos que não vivem maritalmente ( $M= 29.09$ ;  $SD= 28.50$ ) comparativamente aos que vivem maritalmente ( $M= 18.67$ ;  $SD= 35.94$ ), as diferenças médias não são significativamente diferentes ( $t(93)= 1.873$ ,  $p= 0.64$ ) para  $\alpha$  de 0.05.

Na 2ª fase da investigação, a hipótese foi avaliada através do Teste não-paramétrico *Mann-Whitney*. O Teste de Mann Whitney é o teste não-paramétrico adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável medida em duas amostras independentes. É utilizado como alternativa ao Teste *t-student* para amostras independentes quando os pressupostos deste teste não são válidos (Maroco, 2007), o que foi o caso, dado que as amostras são de pequena dimensão. A análise foi efectuada para  $\alpha= 0.05$ .

Da análise, verificou-se que após seis meses de cumprimento da pena, as diferenças de risco suicida entre o grupo que vivia maritalmente ( $M= 16.24$ ;  $SD= 24.02$ ) e o grupo que não vivia maritalmente ( $M= 24.39$ ;  $SD= 30.27$ ) não são estatisticamente significativas ( $U= 400.50$ ,  $W= 725.50$ ,  $p= 0.131$ ).

### 5.2.1.3 Tipo de crime vs. Risco suicida

<b>Hipótese 3</b>	Os reclusos detidos por crimes contra as pessoas encontram-se em maior risco suicida do que os reclusos detidos por outros crimes.
-------------------	--

Para se testar a hipótese de que os reclusos que praticam crimes contra as pessoas se encontram em maior risco suicida do que reclusos detidos por outros tipos de crimes utilizou-se o Teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*. A análise efectuou-se para  $\alpha$  0.05.

De acordo com a comparação múltipla de médias dos *scores* de ideação suicida por tipo de crime referente à 1ª fase da investigação, nenhum crime em particular teve um efeito estatisticamente significativo sobre os *scores* de ideação suicida ( $\chi^2_{KW}(11) = 5.962$ ,  $p= 0.876$ ). Tal como na primeira fase, na 2ª fase da investigação nenhum crime em particular teve um efeito estatisticamente significativo sobre os *scores* de ideação suicida ( $\chi^2_{KW}(10) = 9.802$ ,  $p= 0.458$ ).

### 5.2.1.4 Número de detenções vs. Risco suicida

<b>Hipótese 4</b>	Os reclusos reincidentes manifestam maior risco suicida que os reclusos primários.
-------------------	--

Utilizando o Teste *t-student* para amostras independentes e com uma probabilidade de erro de 0.05, verificou-se que os 100 reclusos primários que fazem parte da 1ª fase da investigação apresentam em média ( $M=$

20.20;  $SD= 25.39$ ) *scores* menos elevados de ideação suicida comparativamente aos reclusos reincidentes ( $M=29.41$ ;  $SD= 29.63$ ). Contudo, para uma probabilidade de erro de 0.05 estas diferenças não se mostraram estatisticamente significativas ( $t(98)= -1.671$ ,  $p= 0.098$ ).

Os 66 reclusos primários que fazem parte da 2ª fase da investigação apresentam em média ( $M= 20.73$ ;  $SD= 25.32$ ) *scores* de ideação suicida praticamente idênticos aos reclusos reincidentes ( $M= 21.88$ ;  $SD= 31.13$ ). Como tal, para  $\alpha$  de 0.05 não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $t(64)= -.165$ ,  $p= 0.870$ ) entre os dois grupos.

### 5.2.1.5 Abuso ou dependência de substâncias vs. Risco suicida

<b>Hipótese 5</b>	Os reclusos que abusam ou dependem de substâncias no período pré-reclusão manifestam maior risco suicida do que os reclusos que não abusam ou dependem de substâncias.
-------------------	--

Utilizando o Teste *t-student* para amostras independentes com uma probabilidade de erro de 0.05, observou-se que na 1ª fase da investigação os reclusos sem história de abuso ou dependência de substâncias no período pré-reclusão apresentam em média ( $M= 14.81$ ;  $SD= 28.68$ ) *scores* de ideação suicida significativamente inferiores ( $t(74) = -2.702$ ,  $p= 0.009$ ) aos reclusos que abusavam ou dependiam de substâncias ( $M= 29.37$ ;  $SD= 23.27$ ).

Para se analisar se a incidência de risco suicida é dependente do abuso ou dependência de substâncias durante a 1ª fase da investigação recorreu-se ao Teste de *Fisher*, considerando-se uma probabilidade de erro tipo I ( $\alpha$ ) de 0.05. A análise estatística inferencial ( $Fisher= 0.054$ ), permite afirmar que para um erro tipo I de 0.05 o risco suicida se encontra dependente do abuso ou dependência de substâncias durante a primeira semana de reclusão.

Na Tabela 23, observa-se que dos 68 reclusos da amostra que abusam ou dependem de substâncias no período pré-reclusão, 25 (36.8%) encontram-se em risco suicida. Olhando para a relação entre abuso e dependência de substâncias e risco suicida de outro prisma, constatamos que dos 31 reclusos que cotaram para risco suicida, 25 (80.6%) abusavam ou dependiam de substâncias regularmente no período imediatamente anterior à admissão na prisão, ou seja, apenas 6 (19.4%) dos 31 reclusos em risco suicida não reportam abusar ou depender de qualquer tipo de substância no período pré-detenção.

Na 2ª fase da investigação, utilizando o Teste não-paramétrico *Mann-Whitney* e com uma probabilidade de erro de 0.05, verificou-se que as diferenças ao nível de risco suicida entre o grupo que abusa ou depende de substâncias na prisão ( $M=29.37$ ;  $SD= 29.93$ ) e o grupo de reclusos que não abusa ou depende de substâncias na prisão ( $M=16.62$ ;  $SD= 26.15$ ) continua a ser estatisticamente significativa ( $U= 376.50$ ,  $W = 1079.50$ ,  $p= 0.035$ ),

contudo, na 2ª fase da investigação a incidência de risco suicida observada deixa de ser dependente do abuso ou dependência de substâncias ( $Fisher= 0.365$ ).

**Tabela 23 Relação entre risco suicida durante a primeira semana de reclusão e abuso ou dependência de substâncias no período pré-detenção**

			Risco Suicida		
			Não	Sim	Total
Abuso ou dependência de substâncias	Não	Contados	26	6	32
		Dentro de abuso ou dependência de substâncias (%)	81,2%	18,8%	100,0%
		Dentro de risco suicida (%)	37,7%	19,4%	32,0%
	Sim	Contados	43	25	68
		Dentro de abuso ou dependência de substâncias (%)	63,2%	36,8%	100,0%
		Dentro de risco suicida (%)	62,3%	80,6%	68,0%
		Total	69	31	100

Através da correlação biserial procuraram-se analisar quais as substâncias que se correlacionam positiva e significativamente com risco suicida durante a 1ª fase da investigação. Verificou-se que apenas o abuso ou dependência de cocaína ( $R_{bv}= 0.514$ ;  $p<0.01$ ) e de heroína ( $R_{bv}= 0.408$ ;  $p<0.01$ ) se correlacionam positiva e significativamente com ideação suicida.

Dos 31 reclusos em risco suicida durante a primeira semana de reclusão, 23 (74,2%) abusavam ou dependiam da cocaína. Dos 59 reclusos que não abusavam nem dependiam da cocaína, apenas 8 (13,6%) se encontravam em risco suicida. Estes dados indicam forte associação entre ideação suicida e abuso ou dependência de substância, facto corroborado pelo Teste de *Fisher* ( $p= 0.000$ ), que nos permite afirmar que a incidência de ideação suicida é dependente do abuso e dependência de cocaína no período pré-detenção. De forma idêntica é possível afirmar que a incidência de ideação suicida é dependente do abuso ou dependência de heroína ( $Fisher = 0.000$ ). Dos 31 reclusos em risco suicida, 23 (74,2%) abusavam ou dependiam de heroína. Dos 53 reclusos que não abusavam nem dependiam de substâncias, apenas 8 (15,1%) se encontravam em risco suicida.

Na 2ª fase da investigação, não foi encontrada qualquer associação linear positiva entre risco suicida e abuso ou dependência de substâncias e o risco suicida deixou de ser dependente do abuso ou dependência de heroína ( $Fisher= 0.264$ ), cocaína ( $Fisher= 0.382$ ) ou cannabis ( $Fisher= 0.523$ ).

### 5.2.1.6 História de autolesão vs. Risco suicida

---

<b>Hipótese 6</b>	Os reclusos com história de autolesão no período pré-reclusão manifestam maior risco suicida do que reclusos sem história de autolesão.
-------------------	---

---

A hipótese de que reclusos com história de autolesão apresentam maior risco suicida do que reclusos sem história de autolesão foi avaliada através do Teste não-paramétrico *Mann-Whitney*. A análise foi efectuada para  $\alpha=0.05$ .

Durante a 1ª fase da investigação, verificou-se que os níveis de ideação suicida entre os dois grupos são significativamente diferentes ( $U=147.50$ ,  $W=3717.5$ ,  $p=0.000$ ), sendo que, o grupo de reclusos com história de autolesão no período pré-reclusão apresenta níveis significativamente mais elevados de ideação suicida ( $M=60.06$ ;  $SD=22.09$ ) comparativamente ao grupo de reclusos sem história de autolesão ( $M=17.98$ ;  $SD=23.38$ ).

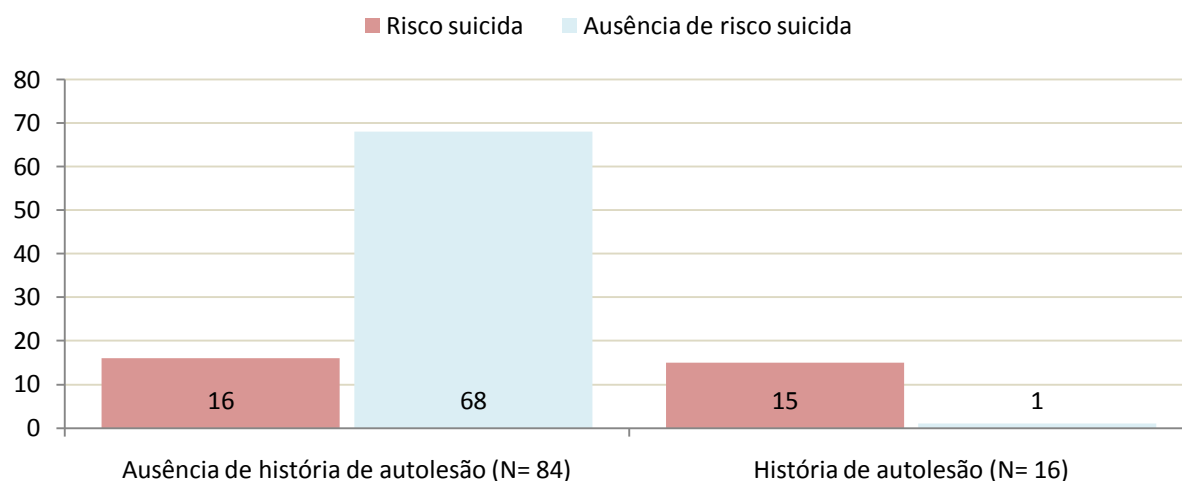
A análise das correlações biserial permite-nos afirmar que existe uma relação linear positiva e significativa ( $R_{pb}=0.558$ ;  $p<0.01$ ) entre os *scores* de ideação suicida e história de autolesão no período pré-reclusão. Assim sendo, quanto maior o número de comportamentos autolesivos no período pré-reclusão maior risco de suicídio apresenta o recluso na fase inicial de reclusão.

O Gráfico 7 permite observar que entre os 16 reclusos com história de autolesão no período pré-reclusão, 15 (93.8%) encontram-se em risco suicida. Por outro lado, dos 84 reclusos sem história de autolesão no período pré-reclusão apenas 16 (19%) demonstram risco suicida. Dos 69 reclusos que não cotaram para risco suicida, apenas 1 (1.4%) reportou história de autolesão no período pré-reclusão, comparativamente a 15 (48.4%; 15/31) dos reclusos em risco suicida. A análise do Teste de *Fisher* com uma margem de erro de 0.05 permite afirmar que a incidência de risco suicida nos reclusos recém admitidos é dependente do facto destes reclusos apresentarem história de autolesão no período pré-reclusão ( $Fisher=0.000$ ).

Tal como durante a primeira semana de reclusão, na 2ª fase da investigação verifica-se que as diferenças de risco suicida entre o grupo com história de comportamentos autolesivos ao longo dos primeiros seis meses de reclusão ( $M=74.50$ ;  $SD=29.18$ ) e o grupo sem história de comportamentos autolesivos ( $M=15.98$ ;  $SD=22.02$ ) são significativamente diferentes ( $U=17.00$ ,  $W=1847.00$ ,  $p=0.000$ ) para uma probabilidade de erro de 0.01.

A correlação biserial, permite observar que apesar de em relação à primeira fase da investigação se ter verificado uma ligeira diminuição de associação linear entre risco suicida e história de autolesão na prisão, na 2ª fase da investigação continua-se a verificar uma relação linear positiva e estatisticamente significativa ( $R_{pb}=0.481$ ;  $p<0.00$ ) entre risco suicida e história de autolesão durante os primeiros seis meses da execução da pena.

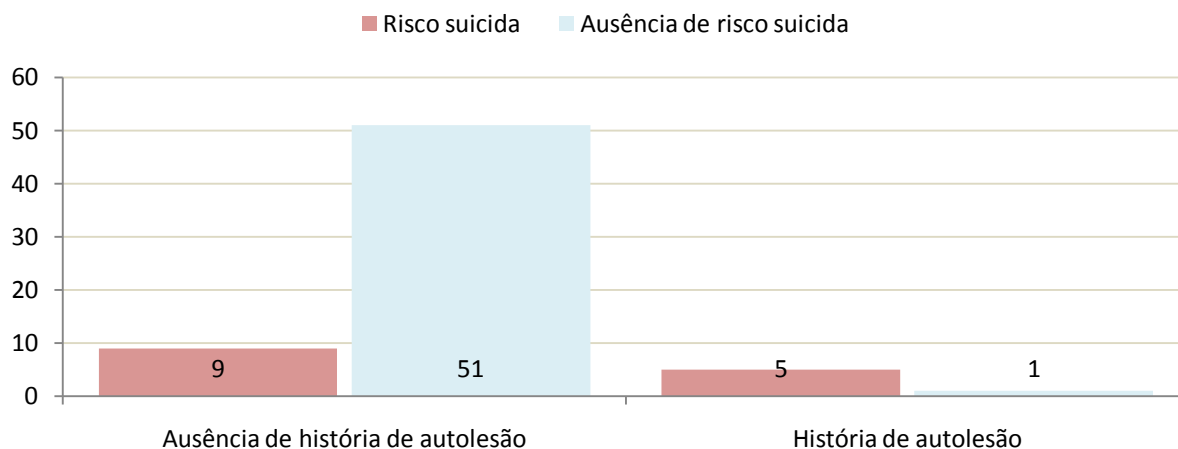
**Gráfico 7 Relação entre risco suicida durante a primeira semana de reclusão e história de autolesão no período pré-reclusão**



Efectivamente, através do Teste de *Fisher* verificou-se que durante a 2ª fase da investigação a ideação suicida continua dependente do facto do recluso apresentar história de autolesão, neste caso, durante os primeiros seis meses de cumprimento da pena (*Fisher*= 0.001). Observando a Tabela 24 e o Gráfico 8, verifica-se que dos 6 reclusos com história de autolesão, 5 (83.3%) se encontram em risco suicida, enquanto entre os 51 reclusos sem história de comportamentos autolesivos durante os primeiros seis meses de reclusão, apenas 9 (15%) cotaram para risco suicida.

**Tabela 24 Relação entre risco suicida e história de comportamentos autolesivos na prisão**

			História de autolesão na prisão		
			Não	Sim	Total
Risco suicida após seis meses de reclusão	Não	Contados	51	1	52
		Dentro de risco suicida após seis meses de reclusão (%)	98,1%	1,9%	100,0%
		Dentro de história de autolesão na prisão (%)	85,0%	16,7%	78,8%
	Sim	Contados	9	5	14
		Dentro de risco suicida após seis meses de reclusão (%)	64,3%	35,7%	100,0%
		Dentro de história de autolesão na prisão (%)	15,0%	83,3%	21,2%
Total		60	6	66	

**Gráfico 8 Relação entre risco suicida e história de comportamentos autolesivos na prisão**

A análise descritiva dos comportamentos autolesivos indicava forte dependência entre história de autolesão durante os primeiros seis meses da execução da pena e historial de autolesão no período pré-reclusão. Tal facto veio-se a confirmar na análise inferencial ( $Fisher= 0.02$ ).

#### 5.2.1.7 Tratamento psiquiátrico vs. Ideação suicida

<b>Hipótese 7</b>	Os reclusos com história de tratamento psiquiátrico encontram-se em maior risco suicida do que reclusos sem história de tratamento psiquiátrico.
-------------------	--

A hipótese de que reclusos com antecedentes de tratamento psiquiátrico apresentam maior risco suicida do que reclusos sem antecedentes de tratamento psiquiátrico durante a primeira semana de reclusão foi avaliada através do Teste não-paramétrico *Mann-Whitney*. A análise foi efectuada para  $\alpha= 0.05$ .

Verificou-se que os *scores* de ideação suicida entre o grupo de reclusos que recebeu tratamento psiquiátrico no período anterior à detenção ( $M= 28.73$ ;  $SD= 28.51$ ) e o grupo de reclusos que não recebeu tratamento psiquiátrico ( $M= 23.58$ ;  $SD= 27.68$ ) não diferem significativamente ( $U= 728.73$ ,  $W= 3809.00$ ,  $p= 0.28$ ).

## 5.2.2 Stress prisional vs. Risco suicida

### 5.2.2.1 Sintomatologia psicopatológica vs. Risco suicida

---

<b>Hipótese 8</b>	Existe correlação positiva entre sintomatologia psicopatológica e risco suicida
-------------------	---

---

Durante a 1ª fase deste estudo procurou-se analisar a correlação entre os *scores* totais do QIS e do BSI. Uma vez que a variável dependente não apresenta uma distribuição normal, utilizou-se a análise correlacional *Rho de Spearman*, o correspondente não-paramétrico da correlação *R* de *Pearson*, pelo que dispensa que a distribuição seja normal. Da análise correlacional, verifica-se que durante a primeira semana de reclusão os *scores* totais de sintomatologia psicopatológica dos reclusos perturbados emocionalmente correlacionam-se positiva e significativamente com os de ideação suicida ( $R_s = 0.649$ ;  $p = 0.000$ ). As dimensões psicopatológicas com maior associação positiva e estatisticamente significativas com os *scores* de ideação suicida dos indivíduos em risco suicida durante a primeira semana de reclusão são a depressão ( $R_s = 0.701$ ;  $p = 0.000$ ), o psicoticismo ( $R_s = 0.611$ ;  $p = 0.000$ ) e a sensibilidade interpessoal ( $R_s = 0.554$ ;  $p = 0.000$ ).

Após seis meses de reclusão verifica-se aumento das correlações entre os *scores* totais de sintomatologia psicopatológica e ideação suicida ( $R_s = 0.770$ ;  $p = 0.000$ ). Na Tabela 25 observa-se que, exceptuando a somatização, todas as dimensões psicopatológicas e índices do BSI viram aumentadas as suas correlações com os *scores* de ideação suicida comparativamente à avaliação efectuada na primeira semana de reclusão. Após seis meses de reclusão, as dimensões que mais se correlacionam com os *scores* totais de ideação suicida são a depressão ( $R_s = 0.873$ ;  $p = 0.000$ ), a ansiedade ( $R_s = 0.763$ ;  $p = 0.000$ ) e o psicoticismo ( $R_s = 0.737$ ;  $p = 0.000$ ).

Após análise de correlação estatisticamente significativa entre risco suicida e sintomatologia psicopatológica, utilizou-se o Teste não-paramétrico *Mann-Whitney* no sentido de se procurar por diferenças nos *scores* médios de ideação suicida entre reclusos com sintomatologia psicopatológica e reclusos sem sintomatologia psicopatológica durante a primeira semana de reclusão e após seis meses de cumprimento da pena. A análise foi efectuada para  $\alpha = 0.05$ .

Durante a primeira semana de reclusão constata-se que o risco suicida entre reclusos com e sem perturbação emocional é significativamente diferente ( $U = 337.00$ ,  $W = 428.00$ ,  $p = 0.019$ ), com o grupo perturbado emocional a apresentar níveis significativamente mais elevados de ideação suicida ( $M = 27.21$ ;  $SD = 28.77$ ) comparativamente ao grupo sem perturbação emocional ( $M = 8.00$ ;  $SD = 9.81$ ).



Tal como durante a primeira semana de reclusão, na 2ª fase da investigação verifica-se que o risco suicida dos reclusos com perturbação emocional ( $M= 35.71$ ;  $SD= 33.36$ ) é significativamente superior ( $U= 244.50$ ,  $N= 874.50$ ,  $p= 0.000$ ) à dos reclusos sem perturbação emocional ( $M= 8.54$ ;  $SD= 13.31$ ).

**Tabela 25 Correlação de *Rho* de *Spearman* entre os scores do QIS, Dimensões de Psicopatologia e Índices Globais do BSI durante a primeira semana de reclusão e após seis meses de cumprimento da pena**

	1ª Semana de reclusão		Após 6 meses de reclusão	
	Ideação Suicida	$\alpha$	Ideação Suicida	$\alpha$
Somatização	.486	.000	.164	.188
Depressão	.701	.000	.873	.000
Hostilidade	.423	.000	.580	.000
Ansiedade	.505	.000	.763	.000
Ansiedade Fóbica	.313	.002	.492	.000
Psicoticismo	.611	.000	.737	.000
Ideação Paranóide	.250	.012	.442	.000
Obsessão Compulsão	.410	.000	.567	.000
Sensibilidade Interpessoal	.554	.000	.573	.000
Índice Geral de Sintomas	.693	.000	.838	.000
Total de Sintomas Positivos	.624	.000	.728	.000
Índice de Sintomas Positivos	.486	.000	.639	.000

Para se analisar se a incidência de risco suicida é dependente da sintomatologia psicopatológica durante a primeira semana de reclusão e após cumpridos seis meses da pena recorreu-se ao teste de *Fisher*, considerando-se uma probabilidade de erro tipo I ( $\alpha$ ) de 0.05.

Verificou-se que a sintomatologia psicopatológica na primeira semana de reclusão se encontra significativamente ( $Fisher= 0.008$ ) associada com risco suicida. Na 1ª fase da investigação dos 31 reclusos em risco suicida, todos (100%) se encontram perturbados emocionalmente. Por outro lado, dos 13 reclusos não perturbados emocionalmente nenhum cotou para risco suicida (Tabela 26).

**Tabela 26 Relação entre risco suicida e perturbação emocional durante a primeira semana de reclusão**

			Risco Suicida (1ª Fase)		
			Não	Sim	Total
Perturbação Emocional (1ª Fase)	Não	Contados	13	0	13
		Dentro de perturbação emocional (%)	100.0%	.0%	100.0%
		Dentro risco suicida (%)	18.8%	.0%	13.0%
	Sim	Contados	56	31	87
		Dentro de perturbação emocional (%)	64.4%	35.6%	100.0%
		Dentro risco suicida (%)	81.2%	100.0%	87.0%
	Total		69	31	100

Após seis meses de cumprimento da pena, o risco suicida continua a ser dependente do facto do recluso se encontrar perturbado emocionalmente ( $Fisher = 0.02$ ). Entre os 31 reclusos perturbados emocionalmente, 12 (38.7%) encontram-se em risco suicida. Comparativamente, entre os 35 reclusos não perturbados emocionalmente, apenas 2 (7.4%) se encontram em risco suicida (Tabela 27).

**Tabela 27 Relação entre risco suicida e perturbação emocional após seis meses de cumprimento da pena**

			Risco Suicida (2ª Fase)		
			Não	Sim	Total
Perturbação Emocional (2ª Fase)	Não	Contados	33	2	35
		Dentro de perturbação emocional (%)	94,3%	5,7%	100,0%
		Dentro risco suicida (%)	63,5%	14,3%	53,0%
	Sim	Contados	19	12	31
		Dentro de perturbação emocional (%)	61,3%	38,7%	100,0%
		Dentro risco suicida (%)	36,5%	85,7%	47,0%
	Total		52	14	66

A Tabela 28 permite analisar os itens do Inventário de Sintomas Psicopatológicos que mais se correlacionam com o Questionário de Ideação Suicida durante a primeira semana de reclusão e após seis meses de cumprimento da pena. Naturalmente, os itens que avaliam os pensamentos suicidas (Item 9 – pensamentos de acabar com a vida; Item 39 – pensamentos sobre a morte ou sensação de que vai morrer) são aqueles em que se verificam correlações mais levadas. Da primeira para a segunda fase da investigação, nota-se que as correlações referentes aos itens da dimensão depressão (Itens 9, 17 e 35) são, no seu conjunto, os que se mantêm mais estáveis, aumentando mesmo no caso da desesperança (Itens 35).

**Tabela 28 Correlação *R* de Pearson entre os itens do BSI e do QIS**

	1ª Fase	2ª Fase
Item 09 - Pensamentos de acabar com a vida.	.818**	.814**
Item 39 - Pensamentos sobre a morte ou sensação de que vai morrer.	.738**	.624**
Item 02 - Desmaios ou tonturas	.523**	.198
Item 47 - Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho	.448**	.433**
Item 53 - Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.	.431**	.691**
Item 17 - Sentir-se triste	.393**	.344**
Item 29 - Sensação de que lhe falta o ar.	.387**	.006
Item 04 - Ter a impressão que os outros conseguem controlar os seus pensamentos	.387**	.155
Item 35 - Sentir-se sem esperança perante o futuro.	.369**	.641**
Item 14 - Sentir-se sozinho mesmo quando está com outras pessoas	.367**	.261*

\* Correlação significativa para  $\alpha$  de 0.05

\*\* Correlação significativa para  $\alpha$  de 0.01

### 5.2.2.2 Stressores vs. Risco suicida

**Hipótese 9** O risco suicida correlaciona-se positivamente com o stress prisional.

Utilizando a correlação *Rho de Spearman* verificou-se uma associação linear positiva e estatisticamente significativa ( $r_s = 0.478$ ;  $p = 0.000$ ) entre o Questionário de Ideação Suicida e o Inventário de Stress em Meio Prisional. As correlações biserial permitiram analisar que dos 30 itens do Inventário de Stress em Meio Prisional, apenas alguns se encontram positiva e linearmente associados com risco suicida. A Tabela 29 fornece informação sobre os itens do Inventário de Stress em Meio Prisional que mais se correlacionam com risco suicida, entre eles, encontramos itens relacionados com a vitimização, sobrelotação, falta de privacidade, alojamento, sentimentos de culpa e processo judicial.

Depois de observadas associações linearmente positivas entre alguns itens do Inventário de Stress em Meio Prisional, procuraram-se por diferenças significativas entre os *scores* de ideação suicida dos reclusos que reportaram experienciar «nenhum a algum stress», recodificada numa nova variável denominada «Pouco Stress» e os reclusos que reportaram experienciar «stress elevado a insuportável», variável recodificada como «Stress Elevado». Procedeu-se apenas à análise dos itens da Tabela 29 com correlações biserial significativas para  $\alpha = 0.01$  e com grau de dependência (*Fisher*) entre stress e risco suicida com probabilidade de erro Tipo I  $\alpha = 0.01$ .

**Tabela 29 Correlação (biserial) entre ideação suicida e stress prisional e relação de dependência (Fisher) entre risco suicida e stress prisional**

Stressor	Biserial $\alpha$	Fisher
Convívio com reclusos violentos nesta prisão	0,455**	0.010**
Coabitam demasiados reclusos à minha volta	0,404**	0.010**
Não tenho privacidade, há sempre alguém a ver o que faço	0,385**	0.016**
Sinto falta de pessoas com quem possa falar dentro da prisão	0,349**	0.007**
Culpa pelo crime que cometi	0,324**	0.016**
Estar (pensar ir) em isolamento disciplinar	0,280*	0.124
Aproximação da data da sentença	0,273*	0.056*
Os outros reclusos fazem muito barulho	0,271*	0.089
Incerteza de qual será a minha pena (quantos anos)	0,244*	0.030*
Festas de aniversário, de Natal, a Páscoa	0,242*	0.576

\* Correlação significativa para  $\alpha$  de 0.05

\*\* Correlação significativa para  $\alpha$  de 0.01

Através do Teste não-paramétrico *Mann-Whitney* e com uma probabilidade de erro de 0.05 testou-se a hipótese de que não existem diferenças significativas entre os reclusos que experienciam pouco stress e os reclusos que experienciam stress elevado inerente ao convívio com reclusos violentos.

Da análise, verificou-se que os *scores* de ideação suicida do grupo de reclusos que reportaram stress elevado ( $M= 43.11$ ;  $SD= 36.47$ ) são significativamente superiores ( $U= 200.00$ ,  $W = 1376.00$ ,  $p= 0.01$ ) aos dos reclusos que reportaram pouco stress ( $M= 13.13$ ;  $SD= 19.10$ ). Estes dados pressupõe uma possível dependência entre o tipo de stress experienciado e o risco suicida, algo confirmado pelo Teste de *Fisher* ( $p= 0.01$ ). De facto, observando a Tabela 30, constata-se que entre os 14 reclusos em risco suicida 64% reportaram experienciar stress elevado, enquanto entre os 52 reclusos sem risco suicida apenas 17.3%. A maior parte dos reclusos que não se encontravam em risco suicida (82.7%) experienciaram pouco stress. Entre os 48 reclusos que experienciaram pouco stress, apenas 5 (10%) cotaram para risco suicida.

**Tabela 30 Relação entre risco suicida e stress contingente ao convívio com reclusos violentos**

			Convívio com reclusos violentos		
			Pouco stress	Stress elevado	Total
Risco Suicida	Não	Contados	43	9	52
		Dentro de risco suicida (%)	82.7	17.3	100.0
		Dentro de convívio com reclusos violentos (%)	89.6	50.0	78.8
	Sim	Contados	5	9	14
		Dentro de risco suicida (%)	35.7	64.3	100.0
		Dentro de convívio com reclusos violentos (%)	10.4	50.0	21.2
		Total	48	18	66

Utilizando o Teste não-paramétrico *Mann-Whitney* e com uma probabilidade de erro de 0.05 testou-se a hipótese de que não existem diferenças significativas entre os reclusos que experienciam pouco stress e os reclusos que experienciam stress elevado inerente à percepção de sobrelotação, ou seja ao facto de na prisão coabitarem demasiados indivíduos.

Da análise, observou-se que os *scores* médios de ideação suicida do grupo de reclusos que reportaram pouco stress ( $M= 14.63$ ;  $SD= 20.80$ ) inerente ao facto de coabitarem demasiados reclusos na prisão, são significativamente superiores ( $U= 342.50$ ,  $W = 1288.00$ ,  $p= 0.37$ ) aos dos reclusos que reportaram stress elevado ( $M= 33.78$ ;  $SD= 35.60$ ). Através do Teste de *Fisher* ( $p= 0.01$ ) foi possível observar-se que o risco suicida se encontra dependente do facto de coabitarem demasiados reclusos na prisão. Efectivamente, dos 23 reclusos que reportaram sentir stress elevado pelo facto de coabitarem demasiados reclusos na prisão, 39.1% cotaram para risco suicida, enquanto entre os 43 reclusos que reportaram pouco stress, apenas 11.6% (Tabela 31).

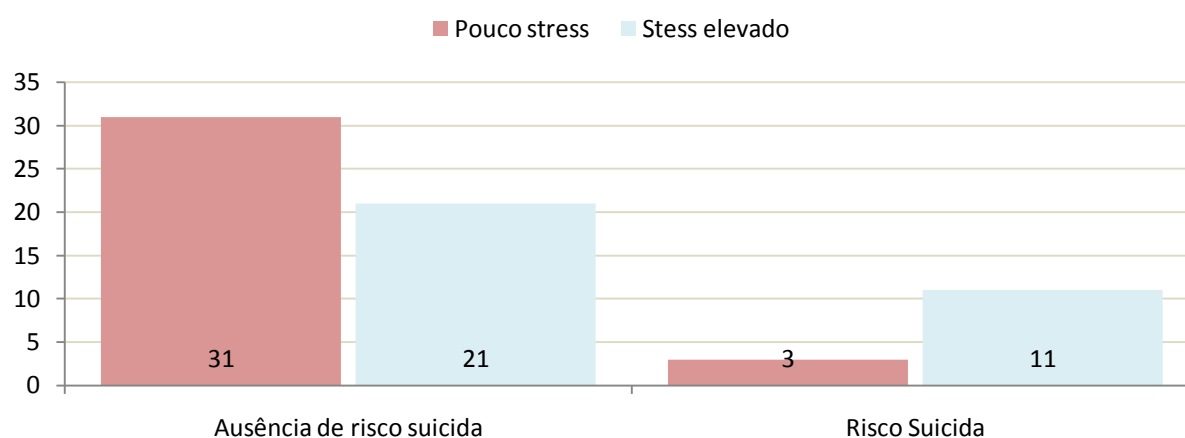
**Tabela 31 Relação entre risco suicida e stress contingente ao facto de coabitarem demasiados reclusos na prisão**

			Coabitam demasiados reclusos à minha volta		
			Pouco stress	Stress elevado	Total
Risco suicida	Não	Contados	38	14	52
		Dentro de risco suicida (%)	73.1	26.9	100.0
		Dentro de coabitam demasiados reclusos (%)	88.4%	60.9	78.8
	Sim	Contados	5	9	14
		Dentro de risco suicida (%)	35.7	64.3	100.0
		Dentro de coabitam demasiados reclusos (%)	11.6	39.1	21.2
		Total	43	23	66

Através do Teste *t-student* para amostras independentes e com uma probabilidade de erro de 0.05 testou-se a hipótese de que não existem diferenças significativas entre os reclusos que experienciam pouco stress e os reclusos que experienciam stress elevado devido à falta de privacidade.

Da análise, verificou-se que os reclusos que experienciam stress elevado ( $M= 29.97$ ;  $SD= 33.38$ ) apresentam *scores* significativamente maiores de ideação suicida ( $t(49)= 2.482$ ,  $p= 0.016$ ) comparativamente aos reclusos que experienciam pouco stress ( $M= 13.15$ ;  $SD= 19.33$ ).

O Teste de *Fisher* ( $p= 0.016$ ) permite afirmar que existe dependência entre risco suicida e stress inerente à perda da privacidade em meio prisional. No Gráfico 9, observa-se que entre os 14 reclusos em risco suicida, 11 (78.6%) reportaram experienciar stress elevado devido à perda da privacidade, enquanto apenas 3 (21.4%) reportaram sentir pouco stress.

**Gráfico 9 Relação entre risco suicida e stress contingente à falta de privacidade**

Utilizando o Teste *t-student* para amostras independentes e com uma probabilidade de erro de 0.05 testou-se a hipótese de que não existem diferenças significativas entre os reclusos que experienciam pouco stress e os reclusos que experienciam stress elevado inerente à falta de pessoas com quem falar dentro da prisão.

Da análise, observa-se que os reclusos que experienciam stress elevado a insuportável ( $M= 30.33$ ;  $SD= 33.76$ ) apresentam *scores* significativamente maiores de ideação suicida ( $t(45) = 2.362$ ,  $p= 0.023$ ) comparativamente aos reclusos que experienciam pouco stress ( $M= 13.78$ ;  $SD= 20.00$ ). O Teste de *Fisher* ( $p= 0.007$ ) permitiu verificar que existe dependência entre risco suicida e stress inerente à falta de pessoas com quem falar na prisão.

A Tabela 32 permite observar que dos 14 reclusos em risco suicida, 11 (78.6%) reportaram experienciar stress elevado e apenas 3 (21.4%) pouco stress. Entre os 52 reclusos que não se encontram em risco suicida, apenas 19 (36.5) reportaram experienciar stress elevado, enquanto a maior parte ( $N= 33$ ; 63.5%) reportou pouco stress inerente a falta de pessoas com quem falar na prisão.

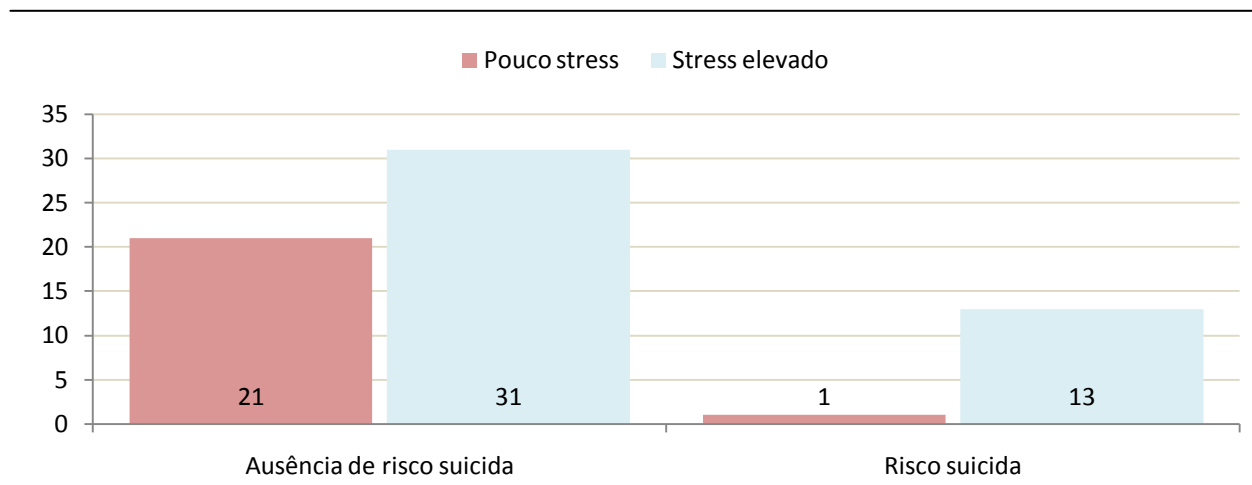
**Tabela 32 Relação entre risco suicida e stress contingente ao facto da falta de pessoas com quem falar**

			Falta de pessoas com quem possa falar		
			Pouco stress	Stress elevado	Total
Risco Suicida	Não	Contados	33	19	52
		Dentro de risco suicida (%)	63.5	36.5	100.0
		Dentro de falta de pessoas com quem falar (%)	91.7	63.3	78.8
	Sim	Contados	3	11	14
		Dentro de risco suicida (%)	21.4	78.6	100.0
		Dentro de falta de pessoas com quem falar (%)	8.3	36.7	21.2
		Total	36	30	66

A hipótese de que não existem diferenças significativas entre os reclusos que experienciam pouco stress e os reclusos que experienciam stress elevado inerente à culpa pelo crime cometido foi examinada através do Teste não-paramétrico *Mann-Whitney*, utilizando-se uma probabilidade de erro de 0.05

Da análise, não se observaram diferenças estatisticamente significativas ( $U= 379.00$ ,  $W = 632.00$ ,  $p= 0.145$ ) entre os *scores* médios de ideação suicida do grupo de reclusos que reportaram pouco stress ( $M= 11.91$ ;  $SD= 17.53$ ) e o grupo de reclusos que reportaram stress elevado a insuportável inerente ao facto de experienciarem culpa pelo crime cometido ( $M= 26.00$ ;  $SD= 31.32$ ). Porém, verifica-se algum grau de dependência (*Fisher* = 0.016) entre o grupo de reclusos em risco suicida e os que experienciam culpa pelo crime cometido. No Gráfico 10 observa-se que entre os 14 reclusos que cotaram para risco suicida, 13 (92.9%) reportaram stress elevado relativamente ao crime cometido, ou seja, entre os reclusos em risco suicida apenas 1 (7.1%) reportou pouco stress relacionado com a culpa pelo crime cometido.

Gráfico 10 Relação entre risco suicida e stress contingente à culpa pelo crime cometido



Na 2ª fase da investigação, além da aplicação do Inventário de Stress em Meio Prisional, também se inquiriram os reclusos quanto ao facto de durante os primeiros seis meses de cumprimento da pena terem tido alguma ocupação (trabalho; prática de desporto), se cumpriram isolamento disciplinar e em que tipo de alojamento foram colocados (cela individual, cela conjunta, camarata).

Utilizou-se o Teste não-paramétrico *Mann-Whitney* no sentido de se procurar por diferenças significativas nos *scores* médios de ideação suicida nas variáveis isolamento disciplinar e ocupação (trabalho; prática de desporto). No mesmo sentido, utilizou-se o Teste não paramétrico *Kruskal-Wallis para a variável* tipo de alojamento (cela individual, cela conjunta, camarata). A análise foi efectuada para  $\alpha = 0.05$ .

No que se refere à ocupação, os reclusos que trabalham apresentam *scores* médios de ideação suicida mais elevados ( $M = 24.64$ ;  $SD = 27.82$ ), que os reclusos que não trabalham ( $M = 19.64$ ;  $SD = 28.50$ ), porém, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $U = 430.00$ ,  $W = 1420.00$ ,  $p = 0.454$ ).

No que diz respeito ao isolamento disciplinar, verifica-se que o risco suicida dos reclusos com e sem história de isolamento disciplinar durante os primeiros seis meses de reclusão são significativamente diferentes ( $U = 154.00$ ,  $W = 1532.00$ ,  $p = 0.001$ ), com o grupo dos reclusos isolados disciplinarmente a apresentarem níveis significativamente mais elevados de ideação suicida ( $M = 49.50$ ;  $SD = 37.97$ ) comparativamente ao grupo sem história de isolamento disciplinar ( $M = 5.50$ ;  $SD = 20.84$ ).

De forma idêntica, o Teste de Fisher ( $p = 0.07$ ) permite afirmar que o risco suicida se encontra dependente do facto do recluso ter cumprido isolamento disciplinar ao longo dos primeiros seis meses de reclusão. A Tabela 33 permite observar que dos 14 reclusos isolados disciplinarmente ao longo da execução da pena, 7 (50%) cotaram para risco suicida, enquanto entre os 52 reclusos sem história de isolamento disciplinar, apenas 7 (13,5%) cotaram para risco suicida.

**Tabela 33 Relação entre risco suicida e isolamento disciplinar durante o cumprimento da pena**

			Isolamento disciplinar		
			Não	Sim	Total
Risco suicida	Não	Contados	45	7	52
		Dentro de risco suicida (%)	86.5	13.5	100.0
		Dentro de isolamento disciplinar (%)	86.5%	50.0	78.8
	Sim	Contados	7	7	14
		Dentro de risco suicida (%)	50.0	50.0	100.0
		Dentro de isolamento disciplinar (%)	13.5	50.0	21.2
	Total		52	14	66

No que se refere à prática desportiva, os reclusos que não praticam desporto apresentam em média *scores* ( $M= 11.14$ ;  $SD= 19.17$ ) menos elevados de ideação suicida do que os reclusos que não praticam desporto ( $M= 26.39$ ;  $SD= 30.65$ ), sendo que, essas diferenças demonstraram ser estatisticamente significativas ( $U= 335.50$ ,  $W= 588.50$ ,  $p= 0.039$ ), embora o risco suicida não demonstre ser dependente do facto do recluso não praticar desporto ( $Fisher= 0.117$ ).

No que se refere ao alojamento, embora os reclusos alojados em camaratas demonstrem *scores* médios de ideação suicida mais elevados ( $M= 15.00$ ;  $SD= 33.15$ ), comparativamente aos reclusos que se encontram alojados em celas individuais ( $M= 10.00$ ;  $SD= 20.53$ ) ou conjuntas ( $M= 6.00$ ;  $SD= 26.46$ ), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de alojamento e risco suicida ( $\chi^2_{(2)}= 1.907$ ,  $p= 0.385$ ).



### 5.3 Síntese dos Resultados

- I. A amostra é constituída por indivíduos do sexo masculino, maioritariamente jovens adultos com idades compreendidas entre os 25 e 40 anos [1ª fase ( $N= 100$ ;  $M= 33.16$ ;  $SD= 9.53$ ); 2ª fase ( $N= 66$ ;  $M= 32.48$ ;  $SD= 9.56$ )], solteiros [1ª fase ( $N= 100$ ; 45%); 2ª fase ( $N= 66$ ; 47%)] ou que viviam em união de facto no período pré-reclusão [1ª fase ( $N= 100$ ; 28%); 2ª fase ( $N= 66$ ; 22.7%)], com habilitações escolares de nível básico [1ª fase ( $N= 100$ ; 72%); 2ª fase ( $N= 66$ ; 71.2%)] e que no período pré-reclusão se encontravam desempregados, a trabalhar na construção civil ou em profissões que não exigem elevada qualificação: empregados fabris, da construção civil, da restauração, do comércio, agricultores, pescadores e vendedores.
- II. Quanto ao tipo de crime cometido, a amostra é constituída maioritariamente por reclusos detidos pelo crime de roubo ou furto [1ª fase ( $N= 100$ ; 33%); 2ª fase ( $N= 66$ ; 34.8%)] e tráfico de estupefacientes [1ª fase ( $N= 100$ ; 31%); 2ª fase ( $N= 66$ ; 33.3%)]. No que se refere à reincidência, a amostra fracciona-se praticamente em duas partes iguais [1ª fase ( $N= 100$ ; 51% primários e 49% reincidentes); 2ª fase ( $N= 66$ ; 50% primários e 50% reincidentes)]. Entre os reclusos reincidentes, metade encontram-se detidos pela segunda vez na sua vida.
- III. No momento da admissão, a maioria da amostra ( $N= 100$ ; 68%) reportou abusar ou depender de substâncias no período pré-reclusão (47% heroína; 41% cocaína, 41% cannabis e 15% dependência de álcool). Após seis meses de cumprimento da pena o abuso ou dependência de substâncias intramuros diminuiu consideravelmente relativamente à 1ª fase da investigação ( $N= 66$ ; 44%), bem como o tipo de substância consumida (18% heroína; 3% cocaína, 29% cannabis e 0% dependência de álcool).
- IV. 16 dos 100 reclusos da 1ª fase da investigação reportaram ter enveredado no período pré-reclusão por um qualquer tipo de comportamento autolesivo. Destes, 8 ainda se encontravam entre os 66 detidos que participaram na 2ª fase da investigação e 3 (37.5%) reportaram ter enveredado por comportamentos autolesivos durante os primeiros seis meses de reclusão. Dos 58 reclusos que não tinham enveredado por qualquer comportamento autolesivo no período pré-reclusão, 3 (5.2%) fizeram-no pela primeira vez durante a execução da pena. Assim sendo, 6 (9.1%) dos 66 reclusos que fazem parte da 2ª fase da investigação reportaram ter enveredado por comportamentos autolesivos durante a actual execução da pena, 5 através do enforcamento e com intuito de colocar termo à vida e 1 através de queimadura para evitar recordar experiencias passadas extremamente desagradáveis.
- V. Dos 100 reclusos que fazem parte da 1ª fase da investigação, apenas 22% reportaram terem

recebido no período pré-reclusão um qualquer tipo de tratamento psiquiátrico. Se excluirmos os 12 indivíduos que reportaram que esse tratamento foi direccionado para o abuso ou dependência de substâncias nos Centros de Apoio à Toxicodependência, apenas 10% da amostra recebeu tratamento psiquiátrico efectivo para outras perturbações psiquiátricas: 4 “para os nervos”, 2 para a psicose, 2 para a depressão, 1 para a dissociação e 1 desconhecido.

- VI. Os primeiros dias de reclusão constituem o momento da execução da pena em que a sintomatologia psicopatológica se encontra mais exacerbada, diminuindo significativamente ( $t(65) = 7.264, p = 0.000$ ) após seis meses de reclusão [1ª fase ( $M = 55.52; SD = 23.749; SEM = 2.923$ ); 2ª fase ( $M = 36.98; SD = 20.133; SEM = 2.478$ )]. Desta forma, enquanto durante a primeira semana de reclusão é possível categorizar 87% de reclusos perturbados emocionalmente, após seis meses de reclusão, apenas 47% cotam para perturbação emocional. Durante a primeira semana de reclusão (1ª fase), tanto os valores médios dos índices de sintomas, como da maior parte das dimensões de psicopatologia encontram-se superiores aos da população geral e inferiores à população clínica perturbada emocionalmente. A ideação paranóide é a única dimensão com *scores* mais elevados entre a população reclusa comparativamente à população clínica. Após seis meses de reclusão (2ª fase), verifica-se diminuição substancial nos valores médios dos índices de sintomas e das dimensões de psicopatologia avaliadas pelo BSI. A ansiedade diminuiu acentuadamente comparativamente à primeira semana de reclusão e apenas o psicoticismo, ideação paranóide e, de forma ligeira, a depressão, se revelaram acima das encontradas para a população geral.
- VII. Apesar de se ter verificado uma diminuição de 10% na percentagem de indivíduos em risco suicida da 1ª fase (31%) para a 2ª fase da investigação (21%), os níveis de ideação suicida parecem manter-se relativamente estáveis desde a entrada na prisão, até estarem decorridos seis meses de reclusão ( $t(65) = 0.350, p = 0.728$ ), não se analisando diferenças significativas nos *scores* médios de ideação suicida nos indivíduos que fizeram parte de ambas as fases da investigação [1ª fase ( $M = 24.71; SD = 27.80; SEM = 3.269$ ); 2ª fase ( $M = 21.30; SD = 28.16; SEM = 3.466$ )]. Tanto na 1ª fase ( $t(99) = 3.903, p = 0.000$ ), como 2ª fase da investigação ( $t(65) = 2.148, p = 0.036$ ) os *scores* médios de ideação suicida são significativamente superiores aos da população geral adulta masculina.
- VIII. Não existem diferenças significativas de ideação suicida mediante a idade [1ª fase ( $t(98) = 0.340, p = 0.735$ ); 2ª fase ( $t(64) = 0.150, p = 0.881$ )] e classe etária dos reclusos [1ª fase ( $\chi^2_{KW}(5) = 4.636, p = 0.462$ ); 2ª fase ( $\chi^2_{KW}(4) = 1.811, p = 0.770$ )]. O risco suicida também não se encontra dependente do facto dos reclusos terem quarenta ou mais anos de idade [1ª fase ( $Fisher = 0.478$ );

- 2ª fase ( $Fisher = 0.741$ )).
- IX. Apesar dos *scores* médios de ideação suicida dos reclusos que não vivem maritalmente [1ª fase ( $M = 29.09$ ;  $SD = 28.50$ ); 2ª fase ( $M = 24.39$ ;  $SD = 30.27$ )] serem superiores aos dos reclusos que vivem maritalmente [1ª fase ( $M = 18.39$ ;  $SD = 35.94$ ); 2ª fase ( $M = 16.24$ ;  $SD = 24.02$ )], as diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas [1ª fase ( $t(93) = 1.873$ ,  $p = 0.64$ ); 2ª fase ( $U = 400.50$ ,  $W = 725.50$ ,  $p = 0.131$ )].
- X. Nenhum crime em particular teve um efeito estatisticamente significativo nos *scores* médios de ideação suicida [1ª fase ( $\chi^2_{KW}(11) = 5.962$ ,  $p = 0.876$ ); 2ª fase ( $\chi^2_{KW}(10) = 9.802$ ,  $p = 0.458$ )].
- XI. Em ambas as fases da investigação, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas [1ª fase ( $t(98) = -1.671$ ,  $p = 0.098$ ); 2ª fase ( $t(64) = -0.165$ ,  $p = 0.870$ )] entre os *scores* médios de ideação suicida dos reclusos primários [1ª fase ( $M = 20.20$ ;  $SD = 25.39$ ); 2ª fase ( $M = 20.73$ ;  $SD = 25.32$ )] e reincidentes [1ª fase ( $M = 29.41$ ;  $SD = 29.63$ ); 2ª fase ( $M = 21.88$ ;  $SD = 31.13$ )].
- XII. Durante a primeira semana de reclusão (1ª fase), os reclusos sem comportamentos adictivos antes da sua entrada na prisão apresentam em média ( $M = 14.81$ ;  $SD = 28.68$ ) *scores* de ideação suicida significativamente inferiores ( $t(74) = -2.702$ ,  $p = 0.009$ ) aos reclusos que reportam abuso ou dependência de substâncias ( $M = 29.37$ ;  $SD = 23.27$ ). O risco suicida demonstrou encontrar-se dependente do abuso ou dependência de substâncias ( $Fisher = 0.054$ ), nomeadamente da heroína ( $Fisher = 0.000$ ) e cocaína ( $Fisher = 0.000$ ). Após seis meses de reclusão (2ª fase), verificou-se diminuição acentuada na percentagem de reclusos que consumiam substâncias (68% para 44%), bem como do tipo de substâncias consumidas na prisão, passando a cannabis a ser a substância mais frequentemente consumida. Como tal, apesar das diferenças entre médias do grupo de reclusos que não abusa ou depende de substâncias na prisão ( $M = 16.62$ ;  $SD = 26.15$ ) e o grupo que abusa ou depende de substâncias ( $M = 29.37$ ;  $SD = 29.93$ ) continuarem a ser estatisticamente significativas ( $U = 376.50$ ,  $W = 1079.50$ ,  $p = 0.035$ ), na 2ª fase da investigação a incidência de risco suicida observada deixa de ser dependente do abuso ou dependência de substâncias ( $Fisher = 0.365$ ) e do abuso ou dependência de heroína ( $Fisher = 0.264$ ) e cocaína ( $Fisher = 0.382$ ).
- XIII. Durante a 1ª fase da investigação, os *scores* médios de ideação suicida dos reclusos com história de autolesão no período pré-reclusão ( $M = 60.06$ ;  $SD = 22.09$ ) são significativamente superiores ( $U = 147.50$ ,  $W = 3717.5$ ,  $p = 0.000$ ) aos dos reclusos sem história de autolesão ( $M = 17.98$ ;  $SD = 23.38$ ). Tal como na primeira semana de reclusão, após seis meses de cumprimento da pena (2ª fase) os *scores* médios de ideação suicida dos reclusos com história de autolesão nos primeiros seis meses de reclusão ( $M = 74.50$ ;  $SD = 29.18$ ) são significativamente superiores ( $U = 17.00$ ,  $W =$

1847.00,  $p= 0.000$ ) aos dos reclusos sem história de autolesão durante o cumprimento da pena ( $M= 15.98$ ;  $SD= 22.02$ ). Como tal, o risco suicida encontra-se dependente da história de autolesão pré-reclusão ( $Fisher= 0.000$ ), bem como do historial de autolesão nos primeiros seis meses de reclusão ( $Fisher= 0.001$ ). A história de autolesão durante os primeiros seis meses de reclusão demonstrou encontrar-se dependente da história de autolesão no período pré-reclusão ( $Fisher= 0.02$ ).

- XIV. Os *scores* médios de ideação suicida dos reclusos que reportaram ter recebido tratamento psiquiátrico no período anterior pré-reclusão ( $M= 28.73$ ;  $SD= 28.51$ ) são superiores aos dos reclusos que não reportaram ter recebido tratamento psiquiátrico ( $M= 23.58$ ;  $SD= 27.68$ ), porém, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $U= 728.73$ ,  $W= 3809.00$ ,  $p= 0.28$ ).
- XV. Ao longo da execução da pena, verifica-se associação linear positiva e estatisticamente significativa entre risco suicida e sintomatologia psicopatológica, sendo esta mais elevada após seis meses de cumprimento da pena [1ª fase ( $R_s= 0.649$ ;  $p= 0.000$ ); 2ª fase ( $R_s= 0.770$ ;  $p= 0.000$ )]. Praticamente todas as dimensões de psicopatologia e índices do BSI viram aumentadas as suas correlações com os *scores* de ideação suicida comparativamente à avaliação efectuada na primeira semana de reclusão. As dimensões psicopatológicas com maior associação positiva e estatisticamente significativas com os *scores* de ideação suicida dos indivíduos em risco suicida durante a 1ª fase da investigação são a depressão ( $R_s= 0.701$ ;  $p= 0.000$ ), o psicoticismo ( $R_s= 0.611$ ;  $p= 0.000$ ) e a sensibilidade interpessoal ( $R_s= 0.554$ ;  $p= 0.000$ ). Na 2ª fase são a depressão ( $R_s= 0.873$ ;  $p= 0.000$ ), a ansiedade ( $R_s= 0.763$ ;  $p= 0.000$ ) e o psicoticismo ( $R_s= 0.737$ ;  $p= 0.000$ ). O risco suicida dos reclusos com e sem perturbação emocional são significativamente diferentes [1ª fase ( $U= 337.00$ ,  $W= 428.00$ ,  $p= 0.019$ ); 2ª fase ( $U= 244.50$ ,  $W= 874.50$ ,  $p= 0.000$ )], com o grupo dos reclusos perturbados emocionalmente a apresentarem níveis significativamente mais elevados de ideação suicida [1ª fase ( $M= 27.21$ ;  $SD= 28.77$ ); 2ª fase ( $M= 35.71$ ;  $SD= 33.36$ )] comparativamente ao grupo sem perturbação emocional [1ª fase ( $M= 8.00$ ;  $SD= 9.81$ ); 2ª fase ( $M= 8.54$ ;  $SD= 13.31$ )]. Em ambas as fases da investigação o risco suicida encontra-se dependente do facto do indivíduo se encontrar perturbado emocionalmente [1ª fase ( $Fisher= 0.008$ ); 2ª fase ( $Fisher= 0.02$ )].
- XVI. A análise descritiva permite verificar que a amostra, na sua generalidade, reporta os mesmos stressores que a população reclusa em risco suicida, contudo, a população em risco suicida revela níveis de stress mais elevados que a população reclusa na sua totalidade. A análise inferencial permitiu verificar que o risco suicida se correlaciona e se encontra dependente de cinco itens do Inventário de Stress em Meio prisional. Itens referentes à vitimização [convívio com reclusos

violentos ( $r_{pb} = 0.455$ ;  $Fisher = 0.01$ )), sobrelotação [coabitam demasiados reclusos à minha volta ( $r_{pb} = 0.404$ ;  $Fisher = 0.01$ ); não tenho privacidade, há sempre alguém a ver o que faço ( $r_{pb} = 0.385$ ;  $Fisher = 0.01$ )], solidão [sinto falta de pessoas com quem possa falar dentro da prisão ( $r_{pb} = 0.349$ ;  $Fisher = 0.00$ )] e culpa [culpa pelo crime que cometi ( $r_{pb} = 0.324$ ;  $Fisher = 0.01$ )]. Verificou-se ainda, que os reclusos que cumpriram isolamento disciplinar ( $M = 49.50$ ;  $SD = 37.97$ ) durante os primeiros seis meses da execução da pena apresentam *scores* significativamente superiores ( $U = 154.00$ ,  $W = 1532.00$ ,  $p = 0.001$ ) de ideação suicida comparativamente aos reclusos que não cumpriram isolamento disciplinar ( $M = 5.50$ ;  $SD = 20.84$ ). A entrada na prisão também revelou constituir-se como agente stressor, com os *scores* de sintomatologia psicopatológica como de ideação suicida a apresentarem-se mais elevados durante a primeira semana de reclusão, diminuindo (de forma significativa para a sintomatologia psicopatológica) após seis meses de cumprimento da pena.

## CAPÍTULO VI

### DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---

## **6.1. Vulnerabilidade e risco suicida**

### **6.1.1 Características sociodemográficas**

Não se encontraram diferenças significativas no nível de ideação suicida mediante a idade dos reclusos. Contudo, é possível verificar que os dados deste estudo vão ao encontro de prévias investigações (Fruehwald *et al.*, 2004; He *et al.*, 2001; White & Schimmel, 1995), revelando que o risco suicida é mais elevado nos indivíduos jovens com idades médias de 33 anos, com a classe etária dos 30 aos 39 anos de idade a revelar maior número de indivíduos em risco suicida. Ao contrário do estudo de Blaauw e colaboradores (2005), um dos poucos a revelar risco suicida em reclusos com idades iguais ou superiores a quarenta anos de idade, nesta investigação não se encontraram diferenças estatisticamente significativas de risco suicida entre reclusos com menos de quarenta anos de idade e reclusos com idades superiores a quarenta anos de idade.

No que se refere ao estado civil, tal como noutras investigações (Fruehwald *et al.*, 2004; Joukamaa, 1997; Shaw *et al.*, 2004) o risco suicida revelou ser mais elevado nos reclusos que não viviam maritalmente no período pré-reclusão. Contudo, nesta investigação as diferenças de risco suicida entre os indivíduos que viviam maritalmente e os que não tinham qualquer relação conjugal não são estatisticamente significativas para que se possam estabelecer relações causais entre factores protectores ou de risco relativos ao estado civil.

### **6.1.2 Características criminais**

O tipo de crime pelo qual o recluso se encontra detido, mais propriamente o crime violento contra as pessoas, tem sido associado a vulnerabilidade suicida na prisão (Blaauw *et al.*, 2005; DuRand, 1995; He *et al.*, 2001; Moreira, 1998). Por exemplo, existem inúmeros relatos na literatura suicidológica que associam o suicídio aos crimes de homicídio, quando perpetrados em pessoas próximas do agressor (Cooper & Eaves, 1996; Stack, 2006).

Porém, este estudo não encontrou diferenças significativas de risco suicida mediante o tipo de crime, provavelmente, porque este estudo apenas procurou relacionar o risco suicida com o crime pelo qual os reclusos se encontram detidos. Talvez se tivesse chegado a conclusões diferentes se se tivesse procurado analisar a associação entre risco suicida e carreira criminal, uma vez que é comum em indivíduos adictos encontrarem-se histórias de vida de crimes violentos de carácter conjugal. Como muitas vezes estes indivíduos acabam por ser detidos por crimes menores relacionados com o abuso ou dependência de substâncias, os resultados deste estudo podem não conseguir espelhar essa mesma realidade.

No que se refere à reincidência, os reclusos reincidentes da nossa amostra apresentaram *scores* mais elevados de ideação suicida do que os reclusos primários. Apesar da literatura apontar como factor de risco suicida o facto do recluso primário se debater pela primeira vez com o stress prisional (Danto, 1977; Hayes, 2000) ou o facto dos reclusos reincidentes reviverem a experiencia traumatizante poder constituir-se como factor de risco (BLaauw *et al.*, 2005; Moreira, 1998), nesta investigação não se encontraram diferenças significativas ao nível do risco suicida entre reclusos primários e reincidentes.

### 6.1.3 História de autolesão

Nesta investigação, a história de comportamentos autolesivos acabou por se revelar o maior e mais estável preditor de risco suicida em ambos os momentos da avaliação. Efectivamente, os grupos de reclusos com história de comportamentos autolesivos na prisão e no período pré-reclusão apresentaram *scores* de ideação suicida significativamente superiores aos grupos de reclusos sem história de comportamentos autolesivos o que vai ao encontro dos dados de King, Raskin, Gdowski, Butkus e Oipari (1990) que verificaram que as tentativas de suicídio se encontram associadas com os *scores* elevados do Questionário de Ideação Suicida.

A história de comportamentos autolesivos no período pré-reclusão não se provou simplesmente relacionada com risco suicida. Revelou-se ainda associada aos comportamentos autolesivos que vieram a ter lugar durante o cumprimento da pena. Tal constatação vai ao encontro da maior parte dos achados teóricos que se debruçaram no estudo da história de comportamentos autolesivo como factor de vulnerabilidade suicida entre reclusos (Bonner, 2006; He *et al.*, 2001; Wichmann *et al.*, 2000). De acordo com Rudd (2000), este fenómeno poderá encontrar-se associado com o facto destes indivíduos necessitarem de menor activação psicofisiológica para enveredarem por novos comportamentos suicidários.

Numa revisão da literatura Klonsky (2007) observou que a autolesão sem intenção suicida desempenha várias funções, entre elas, a regulação do afecto, anti-dissociação, anti-suicídio, auto-punição, influência interpessoal, fronteira interpessoal e procura de sensações. Os reclusos deste estudo que reportaram história de autolesão no período pré-reclusão deram justificações compatíveis com praticamente todas as funções descritas por Klonsky. Algumas destas autolesões ocorreram em condenações anteriores, levantando um pouco o véu sobre as motivações para as autolesões sem intenção suicida ocorridas em meio prisional. Entre os motivos apresentados encontramos: “Senti-me aliviado”, “foi um acto de coragem”, “sou eu que mando no meu corpo”, “cortei-me porque não queriam trazer o meu filho à visita”, “o vinho com a medicação punha-me louco e não me importava com nada”, “via sangue e ficava aliviado”, “tirava-me o stress todo”, “para ser transferido para outra prisão”, “para sair do isolamento disciplinar, nem que fosse um pouco”, “para me darem medicação, pois aliviava-me as dores da ressaca”, “ninguém queria saber de mim”, “discuti com a minha mulher”, “para chamar à atenção de que precisava de



ajuda”, “tentei cegar-me para sair da prisão”, “para expressar a raiva que sentia por mim partia garrafas de cerveja no chão e atirava-me de joelhos para cima delas”, “porque só fiz atrocidades nesta vida, principalmente aos meus pais”, “sentia raiva de mim mesmo”, “estava com depressão e não aguentava mais”, “raiva, em vez de fazer mal aos outros fazia a mim próprio”, “parecia que não estava em mim mesmo”, “estava desesperado”, “porque troquei o meu filho pela droga”.

No que se refere aos motivos apresentados pelos seis reclusos que enveredaram por comportamentos autolesivos durante os primeiros seis meses de reclusão, cinco afirmaram terem se tentado enforcar para escapar a um estado de tensão e sofrimento insuportável, algo que vai ao encontro das teorizações de Shneidman (1998), segundo as quais, a tentativa de suicídio é vista como o único acto capaz de colocar fim à dor mental intolerável. Nestes casos de tentativa de suicídio, as suas motivações são provavelmente reguladas pela constrição cognitiva (Leenaars, 1996; Rudd, 2000; Shneidman, 1998), estado psíquico, que limita a capacidade de utilização de mecanismos de coping adaptativos. Quando planeado, o enforcamento consiste num método letal, como tal, podemos-nos interrogar até que ponto queriam estes reclusos realmente morrer, e se não se encontrariam apenas enevoados quanto ao desejo de viver e morrer, ou seja, no estado ambivalente descrito por Saraiva (1999).

Um dos reclusos queimou as pálpebras dos olhos para não voltar a adormecer e reviver a violação da sua irmã, que aconteceu na sua presença durante a sua infância. Neste caso específico, o queimar das pálpebras pode ser considerado uma estratégia de evitamento para um estado dissociativo extremamente desagradável, ou a fuga de cognições insuportáveis, permitindo ao recluso retomar o seu normal estado de funcionamento (Klonsky, 2007; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Moreira, 2008; Suyemoto, 1998).

#### 6.1.4 Perturbação psiquiátrica

As entrevistas efectuadas durante a primeira semana de reclusão revelaram, principalmente entre os reclusos adictos, histórias de vida extremamente conturbadas. Como tal, acabou por ser surpreendente não se encontrarem diferenças significativas no grau de ideação suicida entre reclusos com história de tratamento psiquiátrico no período pré-reclusão e reclusos sem história de tratamento psiquiátrico, ainda mais, quando a literatura suicidológica majormente aponta no sentido oposto, demonstrando, que reclusos com história de tratamento psiquiátrico no período pré-reclusão se encontram em elevado risco suicida comparativamente a reclusos sem história de tratamento psiquiátrico (Goss *et al.*, 2002; He *et al.*, 2001; Meltzer *et al.*, 2003; Palmer & Connelly, 2005).

Dada a debilidade física e psicológica com que os reclusos se apresentaram neste estudo, facto intimamente relacionado com o abuso ou dependência de substâncias, o mais provável será estes indivíduos nunca terem recebido tratamento psiquiátrico por não terem por habito recorrer aos serviços médico-comunitários. Como

tal, para a população reclusa portuguesa, procurar por risco suicida em indivíduos com história de tratamento psiquiátrico poderá constituir uma má hipótese. Muito mais eficaz parece ser a avaliação da sintomatologia psicopatológica.

Por falta de tempo do clínico responsável, não foi possível a recolha atempada dos dados referentes ao tipo de prescrição médica, bem como tipo de perturbação psiquiátrica associada a cada recluso da nossa amostra, o que provavelmente possibilitaria outra visão sobre a debilidade física e psicológica dos reclusos que fizeram parte desta investigação. Contudo, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos permitiu verificar que um elevado número de reclusos cotaram para perturbação emocional em ambos os momentos da avaliação e, embora não seja este o propósito do Inventário de Sintomas Psicopatológicos, a longitude temporal (i.e., seis meses) entre as duas avaliações praticamente permite estabelecer um diagnóstico. Se fosse o caso, grande número de reclusos em risco suicida enquadrar-se-iam dentro das perturbações depressivas, ansiosas e psicóticas. Como tal, a ausência de tratamento psiquiátrico não invalida o facto dos reclusos em risco suicida apresentarem maior grau e número de perturbações psiquiátricas. Além disso, os resultados do Questionário de Ideação Suicida, ao demonstrarem que a população reclusa em análise apresenta *scores* significativamente superiores de ideação suicida comparativamente aos encontrados entre a população geral, faz pressupor elevado grau de perturbação psiquiátrica associada, o que se veio a verificar em ambas as fases da presente avaliação. Estes dados vão ao encontro dos estudos que verificaram que os *scores* elevados do Questionário de Ideação Suicida se encontram relacionados com o grau de severidade da depressão, ansiedade (Pinto & Whisman, 1996; Reynolds, 1988) e desesperança (Hewitt, Newton, Flett, & Callander, 1997).

A perturbação psiquiátrica e abuso ou dependência de substâncias apresentam elevado grau de comorbilidade (American Psychiatric Association, 2002). O abuso ou dependência de substâncias mostrou-se responsável pela indução de perturbações do sono (“estive 6 dias sem dormir”), perda de memória (“devido ao consumo de cocaína estou apagado”), perda de apetite (“já não me lembro a última vez que comi”, “com a ressaca não dá para comer e se comer vomito”), ideação paranóide (“quando fumo cannabis tenho a impressão que me estão a observar”), desesperança (“só fiz asneiras, não vejo outra solução para mim além da morte”, “a minha vida é muito miserável para continuar”), culpa (“devido à vida que levei, desejo frequentemente nunca ter nascido”). De acordo com a teoria vigente, esta comorbilidade aumenta significativamente o risco de comportamentos suicidários entre reclusos (Goss *et al.*, 2002; He *et al.*, 2001).

Além disso, a elevada percentagem de indivíduos com história de autolesão no período pré-reclusão também faz supor que a nossa amostra seja constituída por elevado número de indivíduos com perturbação psiquiátrica, já que a literatura prisional tem verificado que os comportamentos autolesivos se encontram normalmente associados à perturbação psiquiátrica (Goss *et al.*, 2002; He *et al.*, 2001; Meltzer *et al.*, 2003; Palmer & Connelly, 2005).

### 6.1.5 Abuso ou dependência de substâncias

Durante a primeira semana de reclusão, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o risco suicida dos reclusos que abusavam ou dependiam de substâncias e os reclusos sem comportamentos adictivos, sendo que, o risco suicida se mostrou associado ao abuso ou dependência de substâncias, especialmente o abuso ou dependência de heroína e cocaína. Estes dados vão ao encontro de vários estudos, que têm vindo a demonstrar que os indivíduos dependentes de heroína (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997) e cocaína (Darke & Kaye, 2004; Roy, 2001) constituem populações com vulnerabilidade acrescida para comportamentos autolesivos. Neste estudo, a vida criminal relativa ao tráfico para consumo levou muitos reclusos, inclusive, com os que não se encontravam em risco suicida a reportarem que desejavam nunca ter nascido, que os outros ficariam melhores se não estivessem presentes e que a vida não valia a pena.

Tal como noutros estudos (He *et al.*, 2001; Pereira & Costa, 1989; Torres & Gomes, 2002), após seis meses de reclusão observou-se uma mudança radical nos hábitos de consumo de substâncias intramuros. Tal facto, poderá explicar a inexistência de dependência entre risco suicida e abuso ou dependência de heroína e cocaína após seis meses de reclusão, embora os reclusos que abusam ou dependem de substâncias na prisão continuem, na sua generalidade, a apresentar níveis de ideação suicida significativamente superiores aos reclusos sem comportamentos adictivos.

De acordo com a literatura, a redução dos hábitos de consumo após a entrada do recluso na prisão parece encontrar-se relacionada, não só com o tipo de substância mais comumente disponibilizada intramuros, mas também com a função desempenhada por cada tipo de droga (Torres & Gomes, 2002). Neste caso, a diminuição do consumo de cocaína poderá estar associada às características do ambiente prisional, um contexto que não permite extravasar o comportamento eufórico normalmente proporcionado por esta substância (Plourde & Brochu, 2002). Por outro lado, a manutenção intramuros dos hábitos de consumo de cannabis (Cope, 2000; Plourde & Brochu, 2002) e heroína (Strang *et al.*, 2006) poderá estar relacionada com os seus efeitos sedativos, ajudando o recluso a melhor lidar com o tempo passado na prisão (“no primeiro dia não conseguia dormir, fumei um charro e fiquei bem”). Tal como no estudo de Heney (1996), a utilização de drogas poderá funcionar como mecanismo de coping para o recluso melhor lidar com o sofrimento inerente ao contexto prisional. Chapman e colaboradores (2005b) sugerem mesmo que poderá funcionar como coping suicida, ou seja, evitando que recluso enverede pelo comportamento suicidário.

Neste estudo, a redução do risco suicida entre reclusos que abusavam ou dependiam de substâncias após seis meses de reclusão poderá encontrar-se ainda relacionada com o cuidado especial tido com estes indivíduos desde a sua entrada na prisão. Efectivamente, no estabelecimento em que esta investigação teve lugar, os reclusos com maiores problemas adictivos foram, com sua anuência, isolados numa camarata de observação da restante

população prisional e acompanhados médica e psicologicamente, tendo-lhes sido disponibilizado trabalho logo que estivessem reabilitados. Neste grupo de indivíduos, encontravam-se aqueles mais adictos e com maior risco suicida, o que ajuda a perceber os dados desta investigação referentes a maior risco suicida em reclusos trabalhadores e que se encontravam alojados em camarata.

Além disso, é possível que a redução do risco suicida entre os reclusos com abuso ou dependência de substâncias após seis meses de reclusão se encontre associado com o acompanhamento médico entretanto prestado a estes reclusos. Contudo, tal como em relação ao tratamento psiquiátrico, não foi possível a recolha de dados que permitissem tirar conclusão sobre esta matéria.

## ***6.2 Stress e risco suicida***

### **6.2.1 Entrada na prisão**

Os resultados deste estudo revelaram que a entrada na prisão afecta fortemente a saúde mental dos reclusos e que durante a primeira semana de reclusão, apenas uma pequena parte da nossa amostra não cotou para perturbação emocional. Efectivamente, num outro local, foi sugerido que a entrada na prisão constitui um acontecimento significativo de vida, uma martelada, sendo responsável por inúmeras reacções emocionais negativas como a depressão e ansiedade (Moreira, 2008). Esta investigação revelou que à excepção das dimensões de psicopatologia somatização, obsessão-compulsão e sensibilidade interpessoal do Inventário de Sintomas Psicopatológicos, todas as outras dimensões se revelaram superiores à população geral. A ansiedade e depressão encontram-se entre o tipo de sintomatologia psicopatológica mais observadas, enquanto a dimensão ideação paranoide acabou por se revelar a dimensão mais cotada, inclusive, mais cotada que entre a população clínica encontrada por Canavarro (1999).

No que se refere à sintomatologia depressiva vários reclusos referiram que depois de entrarem na prisão sentiram-se sozinhos (“estou abandonado” “estou longe da minha mulher e dos meus filhos”, “não posso ajudar a minha mulher”), tristes (“não tenho visita”, “estou longe das pessoas que gosto”, “sinto falta da minha mãe”), sem interesse em nada (“fiquei a saber que era seropositivo”), sem esperança no futuro (“acho que nunca vou sair da prisão”).

Relativamente à ansiedade, vários reclusos reportaram que depois de entrarem na prisão se sentiram nervosos (“não entra dinheiro”, “estou revoltado com o juiz”, “sinto-me culpado pelo crime e por ter deixado um filho lá fora para criar”, “os primeiros dias são complicados”), atemorizados (“tenho medo que me façam mal”, “tenho medo dos outros reclusos”), tensos ou aflitos (“não sei quantos anos apanharei”).

Além disso, na admissão os reclusos reportaram vários sintomas de relevância clínica como a dificuldade em adormecer (“estou a ressacar”, “desde que entrei não durmo, só sonho”, “esta casa é estranha”, “pensar na vida, na mulher”), perda de apetite (“não passa nada para baixo”) e sentimentos de culpa (“só causo sofrimento aos meus pais”, “vou enterrar os meus pais e eles não merecem”, “até os meus verdadeiros amigos consegui afastar”, “tantas horas fechado numa cela obriga-nos a pensar nas asneiras que fizemos”).

No que se refere dimensão psicopatológica mais cotada entre a população reclusa, a ideação paranóide, não nos podemos esquecer que os indivíduos da nossa amostra, ao serem na sua globalidade criminosos com abuso ou dependência de substâncias apresentam naturalmente traços de desconfiança, distanciamento e hostilidade relacionados com a vida da droga (“fumo cocaína e fico com medos”, “andava na droga, toda a gente me apontava o dedo”, “as pessoas costumam falar de mim”, “com a droga temos comportamentos que sem elas não aconteceriam”, “com o álcool imaginava que a minha companheira me era infiel”), vida criminal (“é só falsidade neste mundo”, “na vida do crime é só chibos”, “na vida da droga as pessoas aproveitam-se de nós”, “na vida do crime andamos sempre a fugir”, “quando sabem que temos dinheiro são todos nossos amigos”, “nesta vida só confio na minha mãe”, “na vida do crime existem muitas traições, temos que ter sempre um olho no burro e outra no dinheiro”), vida prisional (“na prisão não há amigos, quando olham para mim desconfio sempre”, “cá dentro não confio em ninguém”, “cá dentro é preciso ter cuidado”, tenho dividas a pagar, tenho medo que me façam mal”, “não sabemos se saímos vivos ou mortos daqui”) ou inerente à acusação (“estou preso injustamente”, “não sei porque estou preso”, “isto é perseguição”).

Vários estudos verificaram que a sobrecarga emocional própria da fase inicial da execução da pena se vê esbatida à medida que o recluso se adapta à instituição prisional e que geralmente os reclusos retomam o seu normal funcionamento depois de reagirem adaptativamente ao impacto da detenção e à fase inicial de reclusão (Cooper, 1974; Elger, 2004; Reitzel & Harju, 2000; Ribeiro & Barros 1995; Zamble & Porporino, 1988). Efectivamente, este estudo permitiu verificar uma diminuição significativa nos indivíduos que cotaram para perturbação emocional após seis meses de cumprimento da pena, com todas as dimensões de psicopatologia e índices do BSI a diminuíram consideravelmente após seis meses de reclusão, em alguns casos, surpreendentemente para níveis abaixo dos observados entre a população geral. A ideação paranóide, conjuntamente com a depressão, continuou a ser a dimensão psicopatológica mais cotada. A ansiedade diminuiu de forma bastante acentuada em relação à primeira semana de reclusão.

Porém, a diminuição da sintomatologia psicopatológica após seis meses de reclusão foi apenas observada entre os indivíduos que não se encontravam em risco suicida. De facto, praticamente todas as dimensões de psicopatologia e índices do BSI viram aumentadas as suas correlações com os *scores* de ideação suicida comparativamente à avaliação efectuada na primeira semana de reclusão, sendo que, após seis meses de cumprimento da pena, as maiores correlações entre risco suicida e dimensões de psicopatologia são encontradas ao

nível da depressão, ansiedade e psicoticismo. Ou seja, a perturbação emocional na sua generalidade e a depressão, ansiedade e psicoticismo diminuíram consideravelmente entre a maior parte da nossa amostra, à excepção dos reclusos que cotaram para risco suicida no momento da admissão, que continuaram, na sua maioria, perturbados emocionalmente após seis meses de reclusão, dados que vão ao encontro dos estudos que observam maior risco suicida em quadros psiquiátricos (Goss *et al.*, 2002; He *et al.*, 2001; Meltzer *et al.*, 2003; Palmer & Connelly, 2005).

### 6.2.2 O processo judicial

Os estudos empíricos sobre o stress inerente ao processo legal são raros, são menos ainda os que o correlacionam com ideação suicida. Neste estudo, o levantamento dos stressores comumente experienciados pelos reclusos em meio prisional permitiu verificar que a incerteza de em quantos anos se fixará a pena e o aproximar da data da sentença se encontram entre os stressores mais cotados do Inventário de Stress em Meio Prisional pelos reclusos em risco suicida (“sinto dores sobre o coração e peito devido a esta indecisão, não sei se saio, não sei se fico”, “sinto-me tenso porque estou com medo dos processos pendentes”).

A análise das correlações e as relações de dependência entre risco suicida e stress permitiram verificar que tanto a incerteza de qual será a pena aplicada como o aproximar da data de sentença constituem stressores intimamente relacionados com risco suicida (“pensei suicidar-me logo a seguir ao julgamento, porque não estava à espera de uma pena tão grande”, “se apanhar uma pena grande a vida acaba”), o que confirma os achados de Hayes (2000) que indica que o processo judicial exerce enorme pressão sobre os reclusos preventivos. Como tal, é um factor de risco que deve ser tido em conta no despoletar dos comportamentos autolesivos em meio prisional.

### 6.2.3 Sobrelotação

Entre a generalidade da população reclusa que participou nesta investigação, foram reportados inúmeros stressores hipoteticamente relacionados com a sobrelotação. Os mais cotados dizem respeito à dificuldade por parte dos reclusos em serem atendidos pelo médico do estabelecimento prisional, ao barulho excessivo e à falta de actividades distractivas. Contudo, o risco suicida apenas demonstrou encontrar-se linearmente e positivamente associado com o facto de coabitarem demasiados reclusos na prisão, com a falta de privacidade e com o facto dos outros reclusos fazerem muito barulho.

Os reclusos em risco suicida que experienciam estes stressores preferem isolar-se da restante população prisional (“as conversas são banais, são sempre a mesma coisa, roubei este, bati naquele, fiz aquele banco”, é só conversa de saco”, “não se aprende nada, mais vale estar fechado na minha cela”). Estes reclusos sentem-se inadequados, inadaptados ao contexto prisional, o que não deixa de ser um contra-senso, num contexto sobrelotado

alguém se sentir isolado. Estes dados vão ao encontro dos achados de Gonçalves (2002), que observou que os reclusos inadaptados são os que reagem mais facilmente ao stress prisional, por vezes, através de estratégias disfuncionais como os comportamentos suicidários.

### 6.2.4 Isolamento disciplinar

O isolamento disciplinar encontra-se entre as maiores fontes de stress em meio prisional. É responsável e encontra-se fortemente relacionado com comportamentos autolesivos em meio prisional, quer através da simulação, quer através de comportamentos suicidários, que constituem uma forma de pôr termo a estados psicológicos extremamente aversivos e insuportáveis (Hayes, 1997; Miller, 1994).

Neste estudo, verificou-se que os reclusos isolados disciplinarmente durante os primeiros seis meses de reclusão se encontram significativamente em maior risco suicida comparativamente aos reclusos que nunca foram isolados disciplinarmente, o que vai ao encontro do estudo de Bonner (2006) que verificou que os reclusos em isolamento disciplinar apresentam *scores* mais elevados de ideação suicida comparativamente à restante população prisional.

Dos seis reclusos que enveredaram por comportamentos autolesivos durante os primeiros seis meses de cumprimento da pena, quatro, fizeram-no através da tentativa de enforcamento quando se encontravam a cumprir medidas de isolamento disciplinar, o que vai ao encontro das investigações de Hayes, 1989, Bonner (2005) e Joukamaa (1997) que verificaram que o isolamento disciplinar constitui um dos locais onde ocorrem maior número de suicídios em meio prisional.

Todos os reclusos que tentaram o suicídio em isolamento disciplinar reportaram que a autolesão teve como intuito colocar fim a um estado de tensão e/ou sofrimento psicológico extremamente desagradável (e.g., numa anterior detenção, um recluso reportou que se cortou porque se encontrava em isolamento e que só o facto de ir até à enfermaria para o coserem já era um alívio). Efectivamente, o isolamento disciplinar tem sido associado a níveis levados de ansiedade e sofrimento psicológico (Bonner, 2006; Hayes, 2000; Miller, 1994; Zinger *et al.*, 2001), bem como pânico de isolamento (Toch, 1992). Porém, o comportamento autolesivo de um destes indivíduos enquadra-se nos estudos que referem que em isolamento disciplinar também são frequentes as simulações (Bonner, 2001; Hayes, 2001; Moreira, 2008). Apesar do recluso em causa nunca o ter admitido, um preso de uma cela paralela referiu que ambos combinaram o embuste para que cessasse de imediato o castigo disciplinar e que se encontrava arrependido de não ter feito o mesmo.

### **6.2.5 Vitimização**

No que se refere à vitimização, o convívio com reclusos violentos foi o único item do Inventário de Stress em Meio Prisional que demonstrou uma relação linear positiva e estatisticamente significativa com a ideação suicida. Como tal, o stress reportado relativamente a este item acabou por se mostrar dependente do risco suicida, com os reclusos em risco a reportarem stress significativamente mais elevado relativamente ao convívio com reclusos violentos, comparativamente aos reclusos que não se encontravam em risco suicida. Este facto poderá relacionar-se com o medo, pois vários autores demonstraram que o medo constitui uma das emoções encontradas em indivíduos em risco suicida (Hayes, 2000; Moreira, 2008; Rudd, 2000; Shneidman, 1998) ou com o facto dos reclusos em maior risco suicida terem maior propensão para se deixarem vitimizar (Biggam & Power, 1999).



## CAPÍTULO VII

### CONCLUSÕES

---

## Conclusões

Apesar dos comportamentos suicidários interferirem com o normal funcionamento dos estabelecimentos prisionais, até à data não mereceram grande atenção por parte da comunidade científica portuguesa. A presente investigação tenta colmatar tal hiato levando a cabo um estudo exploratório sobre os factores de vulnerabilidade e de stress que podem aumentar o risco de comportamentos suicidários na prisão. A diversidade de factores de risco associados a esta temática é imensa, como tal, delimitaram-se à análise das vulnerabilidades sociodemográficas, criminais, história de autolesão, perturbação psiquiátrica e abuso ou dependência de substâncias e aos stressores processo judicial, sobrelotação, isolamento disciplinar, vitimização e entrada na prisão.

Não podíamos começar este estudo sem conceptualizar os comportamentos suicidários. Como tal, no primeiro capítulo deu-se a conhecer o que é entendido, neste estudo, por tentativa de suicídio, para-suicídio ou outros comportamentos autolesivos. A conceptualização destes comportamentos possibilita que futuros estudos neste campo se dirijam aos verdadeiros constructos em análise nesta investigação. O segundo capítulo debateu alguns dos actuais modelos teóricos referentes aos comportamentos suicidários, inclusive, os comportamentos suicidários na prisão, que normalmente incluem como condições de risco suicida dois tipos de factores, os de vulnerabilidade e os de stress, sobre os quais se dedicou a revisão bibliográfica levada a cabo no terceiro capítulo. Desta forma, explorando-se as vulnerabilidades importadas pelos reclusos para o sistema prisional, verificou-se que os estudos são divergentes quanto às características sociodemográficas e criminais, enquanto a história de autolesão, perturbação psiquiátrica e o abuso ou dependência de substâncias podem ser considerados fortes marcadores de risco suicida. Ainda neste capítulo, foi possível observar que as contingências inerentes à privação da liberdade, como o trauma da entrada na prisão, a pressão inerente ao processo judicial e as privações referentes à sobrelotação, isolamento disciplinar e vitimização, podem ser responsáveis por stress elevado que, subsequentemente, pode potenciar o risco suicida. No quarto capítulo descreveram-se os objectivos, as hipóteses e a metodologia que nos permitiu explorar as variáveis em análise do capítulo precedente e responder ao problema da investigação – *Existem diferenças significativas nos factores de vulnerabilidades e de stress prisional dos reclusos em risco suicida comparativamente aos reclusos que não se encontram em risco?*

O quinto e sexto capítulo, onde respectivamente se analisaram e discutiram os resultados, tentou-se dar resposta ao problema, permitindo chegar às seguintes conclusões:

No que se refere à procura de marcadores de vulnerabilidade nas características sociodemográficas e criminais, tal como a teoria vigente fazia supor, não se chegaram a conclusões efectivas que nos possibilitem afirmar que a idade, o estado marital, o tipo de crime e a reincidência constituam factores de risco suicida que discriminem os reclusos em risco suicida dos reclusos sem risco suicida. Já os restantes factores de vulnerabilidade em análise, permitiram concluir que os reclusos com história de autolesão no período pré-reclusão são os que ao longo dos

primeiros seis meses de reclusão apresentam maior risco suicida, ou seja, têm mais probabilidade de enveredarem por um qualquer tipo de comportamento suicidário na prisão. Efectivamente, a história de autolesão no período pré-reclusão demonstrou ser um potente preditor das autolesões que vieram a ter lugar na nossa amostra durante os seis meses em que decorreu a presente investigação. O abuso ou dependência de substâncias também revelou funcionar como factor de vulnerabilidade acrescida de risco suicida, principalmente o abuso ou dependência de heroína e cocaína no período pré-reclusão, que se verificaram associados ao aumento do risco suicida no momento da admissão. Finalmente, a vulnerabilidade suicida associada à perturbação psiquiátrica também revelou ser um potente factor de risco suicida, com os reclusos em risco suicida a apresentarem sintomatologia psicopatológica significativamente superior aos reclusos sem risco suicida no momento da entrada na prisão e após seis meses de reclusão, principalmente a sintomatologia depressiva, ansiosa e psicótica;

No referente às fontes de stress prisional associadas ao risco suicida, observou-se que o isolamento disciplinar constitui o stressor mais fortemente relacionado com risco suicida. Efectivamente, a maior parte das autolesões ocorridas durante os seis meses em que decorreu o nosso estudo tiveram lugar em isolamento disciplinar. O cruzamento de dados entre os stressores experienciados em meio prisional e o Questionário de Ideação Suicida fez ainda sobressair como factores de risco suicida questões relacionadas com a vitimização, processo legal e sobrelotação. A entrada na prisão, ao constituir o momento da execução da pena que mais exacerba a sintomatologia psicopatológica ansiosa e depressiva assume-se como um período de elevado risco suicida. Além disso, é nesta fase que o abuso ou dependência de substâncias mais agrava o risco suicida.

Independentemente dos resultados observados neste estudo serem consonantes com a teoria vigente sobre factores de risco suicida próprios da díade stress-vulnerabilidade, a presente investigação encerra algumas limitações que podem influenciar as conclusões supramencionadas. Desde logo, o aspecto metodológico referente à utilização do Questionário de Ideação Suicida, que apenas se encontra aferido para a população jovem adulta portuguesa. Ora, como a média de idades do presente estudo se cifra nos 33 anos, a validade estatística deste estudo poderá estar afectada. Presentemente, já se encontra disponível a versão do Questionário de Ideação Suicida para a população adulta, o *Adult Suicidal Ideation Questionnaire* (ASIQ; Raynolds, 1991a), que é constituído apenas por vinte e cinco dos trinta itens do QIS. Infelizmente, o ASIQ não se encontra aferido para a população portuguesa e, além disso, a média de idades utilizada para a sua validação com jovens adultos (Raynolds, 1991b) foi de 21.02 (SD= 3.40), o que fica aquém da média de idades da presente investigação e se enquadra na média de idades da população jovem adulta descrita por Ferreira e Castela, (1999) com QIS. Como tal, embora a ausência de instrumentos de avaliação da ideação suicida em Portugal possa justificar a utilização do QIS, a comparação com outros estudos encontra-se limitada.

No que concerne à generalização dos resultados à restante população reclusa, não nos esqueçamos que os estabelecimentos prisionais demonstram alguma heterogeneidade quanto à população reclusa e aos stressores

associados a cada tipo de estabelecimento prisional. O presente estudo foi levado a cabo num grande estabelecimento central da área metropolitana do Porto para presos preventivos masculinos. Como tal, os dados deste estudo devem ser cuidadosamente generalizados aos presos preventivos em cadeias regionais, que são estabelecimentos prisionais com poucos reclusos e onde os stressores poderão ter efeitos menos nefastos. Os presos preventivos da área metropolitana de Lisboa, contam nos seus efectivos com elevada população prisional estrangeira, mais propriamente PALOP de etnia negra (angolanos, moçambicanos, etc.), como tal, a generalização à população prisional da área metropolitana de Lisboa também deve ser cuidada. Além disso, a generalização dos resultados às prisões para presos condenados deve ser cuidada, devendo ter em conta que estes estabelecimentos prisionais não encerram os mesmos tipos de stressores que uma cadeia para presos preventivos, por exemplo, já não existe o stress da entrada na prisão, na maior parte dos casos o recluso já tem a sua situação jurídico-legal definida, a vitimização tem características diferentes, etc.).

Um outro aspecto que poderá influenciar os resultados deste estudo prende-se com a desejabilidade social. Efectivamente, a debilidade física e psicológica com que os reclusos se apresentaram nas entrevistas no momento da admissão na prisão poderão ter inflacionado os *scores* dos questionários aplicados no sentido da procura de ajuda e suporte. No sentido inverso, a adaptação à prisão poderá ter influenciado negativamente os *scores* dos instrumentos aplicados, uma vez que, a adaptação à prisão implica que o recluso se torne forte, um “duro”, ou seja, reportar um qualquer tipo de psicopatologia implica inadaptabilidade e fraqueza, ainda mais numa população probabilisticamente psicopática e anti-social, onde o narcisismo, a grandiosidade a falta de emocionalidade, o recurso à violência, etc., são consideradas características ou aspectos do comportamento normais ou a valorizar. De forma idêntica, os resultados referentes ao consumo de substâncias na prisão poderão ter sido sub-reportados, principalmente os que dizem respeito ao consumo de heroína e cocaína, pois o elevado grau de ideação paranóide destes indivíduos poderá ter levado os mesmos a suspeitar que o presente estudo poderia fazer parte de uma investigação interna com intuito de desvendar os reclusos que consomem substâncias intramuros.

O presente estudo dedicou-se ao levantamento dos factores de stress e vulnerabilidade suicida entre presos masculinos. Em futuras investigações seria interessante alargar o mesmo estudo à população prisional feminina portuguesa. De forma idêntica, tendo em conta que a população reclusa não representa uma população de risco uniforme, será fundamental elaborarem-se estudos comparativos, generalizando o presente estudo a diferentes tipos de estabelecimentos prisionais.

O modelo diátese-stress para comportamentos suicidários na prisão sugere que a capacidade adaptativa do recluso ao contexto prisional mediará a ocorrência de comportamentos suicidários na prisão. No prefácio do livro sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão (Moreira, 2008), Saraiva refere-se à importância da exploração do triângulo nuclear *stress-vulnerabilidade-coping* para a compreensão do fenómeno suicidário na prisão.

Como tal, em futuros estudos recomenda-se que, além da vulnerabilidade e do stress, se avalie o tipo de coping normalmente utilizado pelo recluso em risco suicida.

As prisões constituem um contexto que alberga grande número de indivíduos com perturbações da personalidade anti-social e borderline. Por outro lado, estas perturbações têm grande influência nos comportamentos autolesivos, principalmente a perturbação borderline da personalidade. Portanto, em futuros estudos seria interessante desenvolverem-se desenhos prospectivos com prazos de investigação mais alargados que permitam a identificação das características da personalidade dos reclusos em risco suicida.

Para terminar, espera-se que os factores de risco suicida postos a descoberto neste estudo tenham contribuído de forma efectiva para o aumento do conhecimento empírico sobre o fenómeno suicidário em meio prisional português, permitindo, no futuro, a identificação dos reclusos mais vulneráveis pelo staff clínico. Por outro lado, ao identificar os stressores associados ao risco suicida, também poderá ter contribuído para que a administração penitenciária reduza as fontes de stress associadas ao risco suicida em meio prisional. Por exemplo, prestando maior suporte emocional quando o recluso entra na prisão, quando é alojado em isolamento disciplinar ou quando têm notícias de processos pendentes. Num outro local (Moreira, 2008), foi proposto um protocolo preventivo para comportamentos suicidários na prisão. Este estudo fornece suporte empírico a esse protocolo e espera ter contribuído para aperfeiçoá-lo. Além disso, os dados deste estudo reforçam ainda mais a necessidade da sua aplicabilidade em meio prisional português.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

## Referências

- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, 4.<sup>a</sup> ed., Texto Revisto. Lisboa: Climepsi.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.
- Beautrais, A. L. (2001). Suicides and serious suicide attempts: Two populations or one? *Psychological Medicine*, 31, 837-845.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York: Guilford Press.
- Behar, J., Cordomi, A., & Bajet, J. (1997). Prison and feelings: Suicide attempts. In S. Redondo, V. Garrido, J. Perez, R. Barberet (Eds.), *Advances in psychology and law: International contributions* (pp. 419-430). Berlin: Walter De Gruyter.
- Biggam, F. H., & Power, K. G. (1999). A comparison of the problem-solving abilities and psychological distress of suicidal, bullied, and protected prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 2, 196-216.
- Blaauw, E., Kerkhof, M., & Hayes, L. (2005). Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 33, 4, 381-388.
- Blaauw, E., Winkel, F. W., & Kerkhof, A. J. (2001). Bullying and suicidal behavior in jails. *Criminal Justice and Behavior*, 28, 279-299.
- Bonner, R. L. (1992). Isolation, seclusion, and psychological vulnerability as risk factors for suicide behind bars. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger & R. I. Yufitl (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 398-419). New York: Guilford Press.
- Bonner, R. L. (2001). Rethinking suicide prevention and manipulative behaviour in correction. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 10, 4, 7-9.
- Bonner, R. L. (2005). Re-evaluating the use of segregation in corrections. *Corrections Today*, 67, 3, 16.
- Bonner, R. L. (2006). Stressful segregation housing and psychosocial vulnerability in prison suicide ideators. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 36, 2, 250-254.
- Boothby, J. L., & Durham, T. W. (1999). Screening for depression in prisoners using the Beck Depression Inventory. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 1, 107-124.
- Bouchard, F., Laishes, J., Moloughney, B., Daigle, M., & Wobeser, W. (2003). Death in our prisons. *Canadian Medical Association Journal*, 168, 7, 829-831.
- Boys, A., Farrell, M., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Jenkins, R., Lewis, G., et al. (2002). Drug use and initiation in prison: Results from a national prison survey in England and Wales. *Addiction*, 97, 1551-1560.

- Burrows, T., Brock, A. P., Hulley, S., Smith, C., & Summers, L. (2003). *Safer cells evaluation: Full report*. London: The Jill Dando Institute of Crime Science, University College London.
- Camilleri, P., McArthur, M., & Webb, H. (1999). *Suicidal behaviour in prisons: A literature review*. Acedido em 10 de Janeiro de 2006 em [http://www.cs.act.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/2125/suicide.pdf](http://www.cs.act.gov.au/__data/assets/pdf_file/2125/suicide.pdf)
- Canavarro, M.C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In M.R. Simões, M.M. Gonçalves, & L.S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vpp. 95-109). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, L.da.
- Chambliss, C., Wertz, J., & Hartl, A. J. (1990). HIV positivity in inmates. *Hospital & community psychiatry*, 41, 10, 1143-1144.
- Chandler, S. M., & Kassebaum, G. (1994). Drug-alcohol dependence of women prisoners in Hawaii. *Affilia*, 9, 2, 157-170.
- Chapman, A. L. (2003). *Parasuicidal behavior and borderline personality features: The role of experiential avoidance*. Doctorial dissertation, Idaho State University, United States - Idaho.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 3, 371-394.
- Chapman, A. L., Specht, M. W., & Cellucci, T. (2005a). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: Does experiential avoidance play a role? *Suicide & Life Threatening Behavior*, 35, 4, 388-399.
- Chapman, A. L., Specht, M. W., & Cellucci, T. (2005b). Factors associated with suicide attempts in female inmates: The hegemony of hopelessness. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 35, 5, 558-569.
- Clemmer, D. (1940). *The prison community*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Clum, G. A., & Febraro, G. A. (2004). Social problem-solving and suicide risk. In E. C. Chang, T. J. D'Zurilla & L. J. Sanna (Eds.), *Social problem-solving: Theory, research and training* (pp. 67-82). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cooper, C., & Berwick, S. (2001). Factors affecting psychological well-being of three groups of suicide-prone prisoners. *Current Psychology*, 20, 2, 169-182.
- Cooper, H. H. (1974). The all-pervading depression and violence of prison life. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 18, 217-226.
- Cooper, M., & Eaves, D. (1996). Suicide following homicide in the family. *Violence & Victims*, 11, 2, 99-112.
- Cope, N. (2000). Drug use in prison: The experience of young offenders. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 7, 4, 355-366.
- Correia, K. M. (2000). Suicide assessment in a prison environment: A proposed protocol. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 581-599.
- Cox, V. C., Paulos, P. B., & McCain, G. (1984). Prison crowding research. The relevance for prison housing standards and a general approach regarding crowding phenomena. *American Psychologist*, 39, 10, 1148-1160.



- Dalton, V. (1999). *Aboriginal deaths in prison 1980 to 1998: National overview, Trends and Issues in Crime and criminal justice No. 131*. Canberra: Australian Institute of Criminology.
- Daniel, A. E., & Fleming, J. (2006). Suicides in a State Correctional System, 1992-2002: *A review. Journal of Correctional Health Care, 12, 1*, 24-35.
- Danto, B. (1997). Suicide litigation as an agent of change in jail and prison: An initial report. *Behavioral Sciences and the Law, 15*, 415-425.
- Darke, S., & Kaye, S. (2004). Attempted suicide among injecting and non-injecting cocaine users in Sydney, Australia. *Journal of Urban Health, 81, 3*, 505-515.
- Davies, R. (2004). Deaths in UK prisons are due to overcrowding, says report. *The Lancet, 363*, 378.
- Dear, G., Slattery, J., & Hillan, R. (2001). Evaluations of the quality of coping reported by prisoners who have self-harmed and those who have not. *Suicide & Life Threatening Behavior, 31, 4*, 442-450.
- Dear, G., Thomson, D., & Hills, A. (2001). Self-harm in prison: Manipulators can also be suicide attempters. *Jail Suicide/Mental Health Update, 10, 2*.
- Dieserud, G., Roysamb, E., Ekeberg, O., & Kraft, P. (2001). Toward an integrative model of suicide attempt: A cognitive psychological approach. *Suicide & Life Threatening Behavior, 31, 2*, 153-168.
- Duque, A. F., & Neves, P. G. (2004). Auto-mutilação em meio prisional: Avaliação das perturbações da personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5, 2*, 215-227.
- DuRand C. J. (1995). A quarter century of suicide in a major urban jail: implication for community psychiatry. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1077-1080.
- Elger, B. S. (2004). Prevalence, types and possible causes of insomnia in a Swiss remand prison. *European Journal of Epidemiology, 19*, 665-677.
- Elger, B. S., Geohring, C., Revaz, S. A., & Morabia, A. (2002). Prescription of hypnotics and tranquilisers at the Geneva prison's outpatient service in comparison to an urban outpatient medical service. *Social and Preventive Medicine, 47, 1*, 39-43.
- Falissard, B., Loze, J., Gasquet, I., Duburc, A., Beaurepaire, C., Fagnani, F., et al. (2006). Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry, 6*, 33.
- Fawcett, W. A., Scheftner, L., Fogg, D. C., Clark, M. A., Young, D., Hedeker, et al. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry, 147*, 1189-1194.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002) Serious mental disorders in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *The Lancet, 359*, 545-550.
- Fazel, S., Bains, P., & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review. *Addiction, 101*, 181-191.

- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de ideação suicida (Q.I.S). In M. R. Simões, M.M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds). *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 129-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, L.da.
- Franklin, R. K. (1988). Deliberate self-harm: Self-injurious behavior within a correctional mental health population. *Criminal Justice and Behavior*, 15, 2, 210-218.
- Frottier, P., Frühwald, S., Ritter, K., Eher, R., Schwärzler, J., & Bauer, P. (2002). Jailhouse Blues revisited. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 68-73.
- Fruehwald, S., Frottier, P., Matschnig, T., & Eher, R. (2003). The relevance of suicidal behaviour in jail and prison suicides. *European Psychiatry*, 18, 161-165.
- Fruehwald, S., Matschnig, T., Koenig, F., Bauer, P., & Frottier, P. (2004). Suicide in custody: Case control study. *British Journal of Psychiatry*, 185, 494-498.
- Gaes, G. G., & McGuire, W. J. (1985). Prison violence: The contribution of crowding versus other determinants of prison assault rates. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 22, 1, 41-65.
- Gil, N. P., & Saraiva, C. B. (2006). Comportamentos suicidários: Aspectos conceptuais. *Psiquiatria Clínica*, 27, 3, 211-225.
- Goffman, E. (2007). *Manicômios Prisões e Conventos* (Tradução de D. M. Leite). São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1961).
- Gonçalves, R. A. (2005). Stress e vitimação em meio prisional. O crime e o castigo. In A. M. Pinto & A. L. Silva (Coords.), *Stress e bem-estar* (pp. 135-149). Lisboa: Climepsi.
- Gonçalves, R. A. & Vieira, H. (1989). Um modelo multidimensional para a prevenção do suicídio na prisão. *Temas Penitenciários*, 2, 7-17.
- Goss, J. R., Peterson, K., Smith, L. W., Kalb, K., & Brodey, B. B. (2002). Characteristics of suicide attempts in a large urban jail system with an established suicide prevention program. *Psychiatric Services*, 53, 574-579.
- Harding, T., & Zimmermann, E. (1989). Psychiatric symptoms, cognitive stress and vulnerability factors: A study in a remand prison. *British Journal of Psychiatry*, 155, 36-43.
- Hawton, K., & Catalan, J. (1987). *Attempted suicide: A practical guide to its nature and management* (2nd Ed.). Oxford: Oxford University.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. (2005). Schizophrenia and suicide: A systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 187, 9-20.
- Haycock, J. W. (1986). The risks of imprisonment suicide attempts in jails and prisons: A clinical investigation. Doctoral dissertation, Brandeis University, United States - Massachusetts.
- Hayes, L. M. (1989). National study of jail suicides: Seven years later. *Psychiatric Quarterly*, 60, 1, 7-28.
- Hayes, L. M. (1995). *Prison suicide: An overview and guide to prevention*. Massachusetts: National Center on Institutions and Alternatives.

- Hayes, L. M. (1997). From chaos to calm. One jail system's struggle with suicide prevention. *Behavioral Sciences and the law*, 15, 399-413.
- Hayes, L. M. (2000). Suicide risk despite denial or when actions speak louder than words *Jail Suicide/Mental Health Update*, 10, 1.
- Hayes, L. M. (2001). Suicide prevention and manipulative behavior. *Jail Suicide/Mental Health Update*, 10,2.
- Hayes, L. M. (2005). A practitioner's guide to developing and maintaining a sound suicide prevention policy. *Jail Suicide/Mental Health Update*, 13, 4.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 6, 1152-1168.
- He, X., Felthous, A., Holzer, C., Nathan, P., & Veasey, S. (2001). Factors in prison suicide: One year study in Texas. *Journal of Forensic Sciences*, 46, 4, 896-901.
- Heney, J. (1996). *Dying on the inside: Suicide and suicidal feelings among federally incarcerated women*. Doctoral dissertation, Carleton University, Canada - Ontario.
- Hewitt, P., Newton, J., Flett, G., & Callander, L. (1997). Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 95-101.
- Ireland, J. L. (2001). Distinguishing the perpetrators and victims of bullying behaviour in a prison environment: A study of male and female adult prisoners. *Legal and Criminological Psychology*, 6, 229-246.
- Ireland, J. L. (2002). Bullying in prisons. *The Psychologist*, 15, 3, 130-133.
- Ireland, J. L. (2004). Nature, extent, and causes of bullying among personality-disordered patients in a high-Secure hospital. *Aggressive Behavior*, 30, 229-242.
- Ireland, J. L. (2005). Exploring definitions of bullying among personality disordered patients in a maximum-secure hospital. *Agressive Behavior*, 31, 359-373.
- Ivanoff, A., Jang, S. J., & Smyth, N. J. (1996). Clinical risk factors associated with parasuicide in prison. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 40, 2, 135-146.
- Jeglic, E. L., Vanderhoff, H. A., & Donovan, P. J. (2005). The function of self-harm behavior in a forensic population. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49, 2, 131-142.
- Joukamaa, M. (1997). Prison suicide in Finland, 1969-1992. *Forensic Science International*, 89, 167-174.
- Kang, S., Magura, S., Laudet, A., & Whitney, S. (1999). Adverse effect of child abuse victimization among substance-using women in treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 6, 657-670.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (1997). *Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Karten, S. J. (1991). *The relationship of borderline personality disorder, problem-solving ability, and anxiety to self-cutting behavior of prison inmates*. Doctoral dissertation, Texas A&M University, United States - Texas.
- Kerkhof, A., & Bernasco, W. (1990). Suicidal behavior in jails and prisons in the Netherlands: Incidence, characteristics, and prevention. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 20, 123-137.
- King, C., Raskin, A., Gdowski, C., Butkus, M., & Opipari, L. (1990). Psychosocial factors associated with urban adolescent female suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 289-294.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal Of Clinical Psychology*, 63, 11, 1045-1056.
- Kreitman, N. (1977). *Parasuicide*. Chinchester: Jonh Wiley.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). Self-directed violence (Cap. 7), In *World report on violence and health (pp.183-206)*. Geneva: World Health Organization.
- Lawrencen, C., & Andrews, K. (2004). The influence of perceived prison crowding on male inmates' perception of aggressive events. *Aggressive Behavior*, 30, 273-283.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioural Medicine* (pp.282-325). New York: Guilford Press.
- Leddy, J., & O'Connell, M. (2002). The prevalence, nature and psychological correlates of bullying in Irish prisons. *Legal and Criminological Psychology*, 7, 131-140.
- Leenaars, A. A. (1996). Suicide: A multi-dimensional malaise. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 26, 3, 221-236.
- Lester, D. (1997). The role of shame in suicide. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 27, 4, 352-361.
- Levenson, J. (2002). *Prison overcrowding: The inside story*. London: Prison Reform Trust.
- Linares, O. C. (2000). *Design of a checklist and implementation of a training program for differentiating suicidality versus malingering in correctional settings*. Doctorial dissertation, Carlos Albizu University, United States - Florida.
- Maitland, A. S., & Sluder, R. D. (1996). Victimization in prisons: A study of factors related to the general well-being of youthful inmates. *Federal Probation*, 55, 2, 24-31.
- Mann, J. J. (1998). The neurobiology of suicide. *Nature medicine*, 4, 25-30.
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 819-828.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.

- Maroco, J. (2005). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- McCorkle, R. C. (1993). Fear of victimization and symptoms of psychopathology among prison inmates. *Journal of Offender Rehabilitation, 19*, 27-41.
- Meltzer, H. Y., Jenkins, R., Singleton, N., Charlton, J., & Yar, M. (2003). Non-fatal suicidal behaviour among prisoners. *International Review of Psychiatry, 15*, 148-149.
- Messina, N., Grella, C., Burdon, W., & Prendergast, M. (2007). Childhood adverse events and current traumatic distress: A comparison of men and women drug-dependent prisoners. *Criminal Justice And Behavior, 34, 11*, 1385-1401.
- Miller, H. A. (1994). Reexamining psychological distress in the current conditions of segregation. *Journal of Correctional Health Care, 1*, 39-53.
- Moreira, N. A. (2008). *Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Moreira, S. J. (1998). Suicídio prisional: Um retrato. *Temas Penitenciários, série II, 1*, 17-38.
- Marusic, A., Farmer, A. (2001). Toward a New Classification of Risk Factors for Suicide Behavior. *Crisis, 22, 2*, 43-46.
- Nordström, P., Åsberg, M., Åberg-Wistedt, A., & Nordin, C. (1995). Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 92*, 345-350.
- O'Carroll, P., Berman, A., Maris, E., Moscicki, E., Tanney, B., & Silverman, M. (1996). Beyond the tower of Babel. *Suicide & Life Threatening Behavior, 26*, 237-252.
- Oquendo, M. A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S. P., & Grunebaum, M. F. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1433-1441.
- Palmer, E. J., & Connelly, R. (2005) Depression, hopelessness and suicide ideation among vulnerable prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health, 15, 3*, 164-170.
- Paris, J. (2005). The diagnosis of borderline personality disorder: Problematic but better than the alternatives. *Annals of Clinical Psychiatry, 17, 1*, 41-46.
- Paulus, P. B., & McCain, G. (1983). Crowding in jail. *Basic and Applied Social Psychology, 4, 2*, 89-107.
- Pereira, A. P., & Costa, L. G. (1989). Nos limites do social: Droga em meio prisional. *Temas Penitenciários, 2, 89*, 19-25.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, A. P., & Costa, L. G. (1989). Nos limites do social: Droga em meio prisional. *Temas Penitenciários, 2, 89*, 19-25.
- Pinho, M. C., Gonçalves, R. A., & Mota, V. (1997). A propósito de 4 ou 5 suicídios em homicidas detidos. *Revista Psiquiatria F.M.P., III Série, XIX*, 39-54.

- Pinto, A., & Whisman, M. (1996). Negative affect and cognitive biases in suicidal and nonsuicidal hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 158-165.
- Pinto, A., Whisman, M., & McCoy, K. (1997). Suicidal ideation in adolescents: Psychometric properties of the Suicidal Ideation Questionnaire in a clinical sample. *Psychological Assessment*, 9, 63-66.
- Plourde, C., & Brochu, S. (2002). Drugs in prison: A break in the pathway. *Substance Use & Misuse*, 37, 1, 47-63.
- Power, K. G., Dyson, G. P., & Wozniak, E. (1997). Bullying among scottish young offenders: Inmate's self-reported attitudes and behaviour. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 7, 209-218.
- Raynolds, W. M. (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire: Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1988.
- Raynolds, W. M. (1991a). Psychometric characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in college students. *Journal of Personality Assessment*, 56, 2, 289-307.
- Raynolds, W. M. (1991b) *Adult Suicide Ideation Questionnaire: Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Reitzel, L. R., & Harju, B. L. (2000). Influence of locus of control and custody level on intake and prison-adjustment depression. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 5, 625-644.
- Ribeiro, J. L., & Barros, R. A. (1995). Estado depressivo em função do tempo de permanência em prisão preventiva. In L. S. Almeida, M. S., Araújo, M. C., Vila-Chã & M. E. Oliveira (Orgs.), *Áreas de intervenção e compromissos sociais dos psicólogos* (pp. 79-83). Lisboa: Actas da Convenção Anual da APPORT.
- Roy, A. (2001). Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1215-1219.
- Ruback, R. B., & Innes, C. A. (1988). The relevance and irrelevance of psychological research: The example of prison crowding. *American Psychologist*, 43, 9, 683-693.
- Rudd, M. D. (2000). The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 30, 18-33.
- Saraiva, C. B. (1999). *Para-suicídio*. Coimbra: Quarteto.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., & Kerkhof, A. (2004). The WHO/EURO multicentre study on suicidal behavior: History and aims of the study (Cap. 2). In A. Schmidtke, U. Bille-Brahe, D. De Leo, & A. Kerkhof (Eds.), *Suicidal Behaviour in Europe: Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour* (pp. 7-10). Gottingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Shaw, J., Baker, D., Hunt, I., M., Moloney, A., & Appleby, L. (2004). Suicide by prisoners. National clinical survey. *Journal of British Psychiatry*, 184, 263-267.
- Sher, L., Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2001). Risk of suicide in mood disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 1, 5, 337-344.

- Shneidman, E. S. (1998). Further reflections on suicide and psychache. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 28, 3, 245-250.
- Siegel, J. A., & Williams, L. M. (2003). The relationship between child sexual abuse and female delinquency and crime: A prospective study. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 40, 1, 71-94.
- Simpler, A. H., & Langhinrichsen-Rohling, J. (2005). Substance use in prison: How much occurs and is it associated with psychopathology? *Addiction Research and Theory*, 13, 5, 503-511.
- Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., Coid, J., & Deasy, D. (1997). *Psychiatric morbidity among prisoners: Summary report*. London: Office for National Statistics.
- Smith, R. (1983). The state of the prisons: Crisis upon crisis. *British Medical Journal*, 287, 1705-1708.
- Stack, S. (2006). Homicide followed by suicide: An analysis of Chicago data. *Criminology*, 35, 3, 435-453.
- Staton, M., Leukefeld, C., & Webster, J. M. (2003). Substance use, health, and mental health: Problems and service utilization among incarcerated women. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 2, 224-239.
- Stengel, E. (1964). *Suicide and attempted suicide*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 5, 531-554.
- Suominen, K., Isometsa, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lonnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: A 37-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 161, 3, 562-563.
- Sykes, G. (1958). *The society of captives*. Princeton: Princeton University.
- Toch, H. (1992). *Mosaic of despair: Human breakdowns in prison*. Washington: American Psychological Association.
- Torres, A. C., & Gomes, M. C. (2002). Drogas e prisões: Relações perigosas. *Temas penitenciários, II Série*, 8-9, 9-24.
- Towl, G. J., & Crighton, D. A. (1998). Suicide in prisons in England and Wales from 1988 to 1995. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 8, 184-192.
- Van Heeringen, C. (2001). *Understanding suicidal behavior: The suicidal process approach to research, treatment and prevention*. Chichester: Wiley.
- Van Heeringen, C., & Marusic, A. (2003). Understanding the suicidal brain. *British Journal of Psychiatry*, 18, 3, 282-284.
- Verona, E., Hicks, B. M., & Patrick, C. J. (2005). Psychopathy and suicidality in female offenders: Mediating influences of personality and abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 6, 1065-1073.
- Verona, E., Patrick, C. J., & Joiner, T. E. (2001). Psychopathy, antisocial personality, and suicide risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 462-470.

- Verona, E., Sachs-Ericsson, N., & Joiner, T. E. (2004). Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. *American Journal of Psychiatry*, 161, 3, 444-451.
- Viggiani, N. (2007). Unhealthy prisons: Exploring structural determinants of prison health. *Sociology of Health & Illness*, 29, 1, 115-135.
- Viljoen, J. L., O'Neill, M. L., & Sidhu, A. (2005). Bullying behaviors in female and male adolescent offenders: Prevalence, types, and association with psychosocial adjustment. *Aggressive Behavior*, 31, 6, 521-536.
- White, T. W., & Schimmel, D. J. (1995). Suicide prevention in federal prisons: A successful five-step program. In L. M. Hayes, *Prison suicide: An overview and guide to prevention* (pp. 48-59). Massachusetts: National Center on Institutions and Alternatives.
- Wichmann, C., Serin, R., & Motiuk, L. (2000). *Predicting suicide attempts among male offenders in federal penitentiaries*. Research Branch: Correctional Service of Canada.
- Young, A. M., & Boyd, C. (2000). Sexual trauma, substance abuse, and treatment success in a sample of african american women who smoke crack cocaine. *Substance Abuse*, 22, 1, 9-19.
- Zamble, E., & Porporino, F. J. (1988). *Coping, behaviour and adaptation in prison inmates*. New York: Springer-Verlag.
- Zinger, I., Wichmann, C., & Andrews, D. A. (2001). The psychological effects of 60 days in administrative segregation. *Canadian Journal of Criminology*, 43, 1, 47-83.



**ANEXOS**

---

## Inventário de Stress em Meio Prisional

Nuno Alexandre Costa Moreira

Em baixo encontram-se descritas algumas das situações que podem causar stress em meio prisional. Pense como foi a sua vida nestes últimos seis meses, desde que entrou neste estabelecimento prisional até ao dia de hoje e assinale nas seguintes afirmações a quantidade de stress que sente ou sentiu.

Assinale a resposta que acha se apropriar ao nível de stress experimentado desde:

- 0 Não senti(o) **nenhum** stress
- 1 Senti(o) **pouco** stress
- 2 Senti(o) **algum** stress
- 3 Senti(o) stress **elevado**
- 4 Senti(o) stress **muito elevado**
- 5 Senti(o) stress **insuportável**

1- Perdi o contacto com os amigos que tinha antes de ser preso	0	1	2	3	4	5
2- Sinto vergonha pelo crime que cometi	0	1	2	3	4	5
3- Fui (sou) provocado por outros reclusos (insultos, ameaças, mentiras)	0	1	2	3	4	5
4- Sinto-me afastado da minha família e dos meus amigos	0	1	2	3	4	5
5- Sinto falta de pessoas com quem possa falar dentro da prisão	0	1	2	3	4	5
6- Incerteza de qual será a minha pena (quantos anos)	0	1	2	3	4	5
7- Aproximação da data da sentença	0	1	2	3	4	5
8- Coabitam demasiados reclusos à minha volta	0	1	2	3	4	5
9- Os outros reclusos fazem muito barulho	0	1	2	3	4	5
10- Não tenho privacidade, há sempre alguém a ver o que faço	0	1	2	3	4	5
11- Estão sempre a entrar e a sair reclusos deste estabelecimento prisional	0	1	2	3	4	5
12- Falta de dinheiro para comprar droga	0	1	2	3	4	5
13- Existe falta de trabalho nesta prisão	0	1	2	3	4	5
14- Ser agredido por outro recluso	0	1	2	3	4	5

15- Estar (pensar ir) em isolamento disciplinar	0	1	2	3	4	5
16- Dificuldade em ser atendido pelo médico	0	1	2	3	4	5
17- Existem poucas actividades para me distrair	0	1	2	3	4	5
18- Existem muitos assaltos entre reclusos nesta prisão	0	1	2	3	4	5
19- Convívio com reclusos violentos nesta prisão	0	1	2	3	4	5
20- Dificuldade em ser atendido pelo técnico	0	1	2	3	4	5
21- Medo de ser abusado sexualmente nesta prisão	0	1	2	3	4	5
22- Pensar na transferência para uma prisão de condenados	0	1	2	3	4	5
23- Pensar que a minha companheira me pode abandonar (me abandonou)	0	1	2	3	4	5
24- Falta de visita, pouco contacto com pessoas do exterior	0	1	2	3	4	5
25- Conflitos com outros reclusos	0	1	2	3	4	5
26- Notificação de processos pendentes	0	1	2	3	4	5
27- Tenho dívidas a pagar a outros reclusos	0	1	2	3	4	5
28- Festas de aniversário, de Natal, a Páscoa	0	1	2	3	4	5
29- Sinto culpa pelo crime que cometi	0	1	2	3	4	5
30- Os guardas andam sempre a controlar-me	0	1	2	3	4	5